

Avril / Mai 2023
n° 1360

le Médecin de France

Le journal de la



Confédération des Syndicats Médicaux Français



Règlement arbitral : en attendant mieux ?

Rencontre

Pierre-Jean Lancry
Président du HCAAM

Brèves Personnalités

Agnès Firmin-Le Bodo
Jean-Yves Grall
Yves Decalf
Élisabeth Borne

Expertise Santé

Une ordonnance pour améliorer
l'exercice en société libérale



**FINANCIARISATION
DE LA MÉDECINE LIBÉRALE**

un virage dangereux ?

Quand on veut, on peut !

Lundi 24 avril 2023 à 11 h 00 : le chiffre du mois tombe ! Les médecins dont les honoraires de consultations n'ont pas évolué depuis 2017 verront leur tarif augmenter de 1,5 € ! Le moins que l'on puisse dire est que ce règlement arbitral est un règlement minimal.

À l'unanimité de tous les syndicats libéraux, la réponse ne s'est pas faite attendre. Reprenant les termes de Mme Annick Morel, en charge du règlement arbitral, une convention négociée vaut mieux qu'un règlement administré. Reprenons donc le chemin des négociations conventionnelles le plus rapidement possible. Ce retour à la table des négociations nécessite cependant un changement de méthode et de moyens. La confiance et l'attractivité doivent être les maîtres mots d'une convention ambitieuse qui donnera aux médecins libéraux les moyens de répondre à la demande de soins de nos concitoyens. De nouveaux moyens sont nécessaires pour y répondre rapidement malgré une démographie médicale en forte tension. Ces moyens nécessaires ont été chiffrés par la CSMF dont le programme coûterait 2,36 milliards d'euros.

M. le ministre de la Santé et de la Prévention, vous devez faire comprendre à vos homologues du ministère des Finances et au président de la République que sans moyen, les médecins libéraux n'y arriveront pas. Sans moyens, ils se détourneront de l'exercice libéral dont l'agilité fait d'elle la seule à pouvoir répondre rapidement aux difficultés d'accès aux soins. Demandez un simple rattrapage financier avec une consultation de base à 30 € n'est pas hors d'atteinte. Se battre, comme la CSMF le fait depuis 1998, pour obtenir une hiérarchisation des consultations en 4 niveaux en fonction de leurs complexités et de leurs fréquences sans imposer de contrainte aux médecins coule de sens.

Quand on veut, on peut ! Il s'agit du choix politique du Gouvernement. La CSMF ne cesse de vous demander de faire le bon choix au service du renouveau de la médecine libérale et de l'accès aux soins de nos compatriotes.

M. le Ministre, la balle est dans votre camp ! Allez-y !

Dr Franck Devulder
Président
de la CSMF



4 | Rencontre

Pierre-Jean Lancry
Président du HCAAM

6 | Brèves Personnalités

4 personnalités

Consultation de prévention dans la branche transports : des résultats encourageants

ROSP 22 : des indicateurs en progression

Les chiffres

8 | Dossier

Règlement arbitral : en attendant mieux ?

14 | Expertise Santé

Une ordonnance pour améliorer l'exercice en société libérale

16 | Coordination Santé

Bourgogne-Franche-Comté,
Mayenne et Île-de-France

17 | Innovation Santé

Oncologie : un G7 pour renforcer

la coopération internationale contre le cancer

Forfait Innovation : un test diagnostic bientôt remboursé

Données de santé : des entrepôts dédiés à l'hôpital

18 | Société Santé

Fin de vie : un projet de loi avant la fin de l'été ?

Hospitalisations potentiellement évitables :

les ouvriers et les agriculteurs sont surexposés

Obligation vaccinale : une réintégration contestée

20 | Pratique

Données médicales : comment procéder en cas de décès ?

21 | Quoi ça sert ?

PariSanté Campus : le hub de la health tech

22 | Loisirs

À déguster, à lire, à visiter

ABONNEZ VOUS

Médecin France

sur www.csmf.org

Médecin France • Mensuel

79, rue de Tocqueville 75017 Paris • Tél 01 43 18 88 33

• Fax 01 43 18 88 34 • E-mail med_france@csmf.org

www.csmf.org

Édité par la SEPMF, SARL au capital de 32 000 € • **Durée** 50 ans à partir du 1^{er} juin 1978 • **Associés** CSMF et ACFM • **Gérant & Directeur publication** Franck Devulder • **Rédacteur en chef** Laurent Verzaux • **Rédaction** Hervé Réquillart • **Crédits photos** Cocktail Santé – Adobe Stock • **Réalisation, Impression et Distribution** Compédit Beauregard 61600 La Ferté-Macé – Normandie • **Abonnement** 65 € par an pour 10 numéros • **Commission paritaire** 1224 G 82702 • **Dépôt légal** Mai 2023

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

la Rencontre

Pierre-Jean Lancry
Président du HCAAM



Une instance paritaire pour produire du consensus

Ingénieur des Arts et Métiers et économiste de formation, Pierre-Jean Lancry a occupé des postes-clé dans le champ de la santé durant sa riche carrière. Directeur du CREDES, directeur de la santé à la MSA, DG de l'ARS Basse-Normandie... il est aujourd'hui président du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie. Il décrit les missions de cette instance précieuse pour éclairer le futur du système de santé.

VOUS PRÉSIDEZ LE HCAAM, QUI FÊTE SES VINGT ANS CETTE ANNÉE. QUEL BILAN TIREZ-VOUS DES TRAVAUX DE CETTE INSTITUTION ?

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie a en effet été créé en 2003, à l'instigation du Premier ministre de l'époque, Jean-Pierre Raffarin. Son premier rapport de janvier 2004 a fourni de nombreuses pistes de réflexion pour la grande réforme de l'assurance maladie d'août 2004, qui a abouti notamment à la création de l'UNCAM et à la réforme du médecin traitant. À l'époque, l'idée était de créer une instance de concertation, comparable au Conseil d'Orientation des Retraites (COR), destinée à générer du consensus autour des enjeux liés à l'assurance maladie, et menant des travaux afin d'éclairer les décisions politiques dans ce champ de l'action sociale. Assez rapidement, le HCAAM, qui était présidé par Bertrand Fragonard, secondé par Denis Piveteau, et par moi-même en tant que secrétaire général, a trouvé ses marques. Initialement, le HCAAM ne comptait qu'une trentaine de membres. Les décisions étaient prises sans vote formel et les rapports et avis étaient adoptés par acclamation. Le fonctionnement de l'institution répond à un principe philosophique fort. Nos débats visent à proposer des évolutions pour préserver les bases du système tel qu'il a été posé en son temps par Pierre Laroque : l'assurance maladie doit être universelle, équitable et solidaire, attentive à l'accès aux soins et à la santé pour tous, quelles que soient leurs conditions professionnelles, sociales ou de résidence. Au fil des années, la composition du HCAAM s'est étendue, passant à 70 membres, dans le but de représenter l'ensemble des parties prenantes : syndicats, services administratifs, représentants des payeurs, politiques, personnalités qualifiées...

SELON QUELLE MÉTHODE TRAVAILLEZ-VOUS ? ET COMMENT ÉVITER LE RISQUE DU « CONSENSUS MOU » ?

Le programme de travail est discuté au sein du Conseil. Les thèmes peuvent être retenus par auto-saisine, ou à la demande des décideurs publiques, en particulier des ministères en charge de la Santé et de l'assurance maladie. Formellement un courrier du Premier ministre est adressé au Président, une fois le programme arrêté. L'enjeu, en premier lieu, est de parvenir à identifier l'ensemble des problématiques liées à une question, de mener un travail de fond avec les représentants des différentes parties prenantes et de faire accepter ensuite les pistes de recommandations appelées à figurer dans le rapport final. Il y a un énorme travail en amont, assuré par le Secrétariat général composé de trois personnes de grande qualité (secrétaire général-e, secrétaire général-e adjoint-e, chargé-e de mission) et aidé selon les thématiques par différents experts et conseillers scientifiques. Bien entendu, la recherche du consensus n'est pas toujours chose aisée. Il faut souvent lutter

pour inciter les membres du Haut Conseil à sortir de positions éventuellement corporatistes. Mais j'ai le sentiment que nous y parvenons la plupart du temps, grâce à la puissance du dialogue qui réunit les points de vue en dehors de tout contexte de négociation. De fait, nos avis cherchent à refléter les nuances légitimes des différents acteurs, sans parti pris. Et certains proposent ainsi plusieurs scénarii : à charge, ensuite, pour les pouvoirs publics, de choisir telle ou telle direction... ou de n'en retenir aucune !

QUELLES ONT ÉTÉ, SELON VOUS LES CONTRIBUTIONS LES PLUS NOTABLES DU HCAAM, EMBLÉMATIQUES DE SON UTILITÉ POUR LE DÉBAT PUBLIC ?

Il y en a eu beaucoup, mais je mettrai l'accent sur les derniers travaux, dont certains ont participé à faire progresser la politique de santé, et malheureusement parfois à créer un « buzz » médiatique involontaire. En 2018, par exemple, le HCAAM a, par ses travaux, largement inspiré les axes de la réforme *Ma Santé 2022*. Nous avons également, avant la crise sanitaire, produit deux rapports sur la régulation du système de santé qui appelaient à une démarche de rupture, proposant la pluri-annualisation de l'ONDAM, l'établissement du budget annuel en fonction des besoins de santé et non plus l'inverse, la mise en œuvre d'une stratégie d'anticipation des besoins futurs de santé et de leurs impacts financiers. En 2021, notre avis sur l'articulation entre régime de base et régime complémentaire a fortement alimenté le débat public. Pourtant, nous avions pris la précaution de suggérer quatre scénarii sans prendre position. Mais le sujet a été « embarqué » par la campagne électorale, avec la discussion autour de la Grande Sécu. Nous avons également proposé notre éclairage sur des sujets d'intérêt majeur, comme la prévention à travers l'exemple de l'obésité, l'organisation territoriale des soins, ou plus récemment la soutenabilité environnementale des systèmes de santé, ce dernier rapport ayant été rédigé en partenariat avec l'IRDES.

QUELS SONT VOS PROCHAINS AXES DE TRAVAIL ?

Nous nous intéressons à certains thèmes qui, bien que déjà bien connus, méritent d'être documentés plus en profondeur. Je pense par exemple à la question des dépassements d'honoraires : il faut comprendre quelles en sont les raisons, notamment par rapport au tarif conventionnel, et comment la dynamique des dépassements d'honoraires impacte la structuration de l'offre de soins. Nous sommes également engagés dans une vaste réflexion sur le One Health et les moyens à mettre en œuvre pour réduire les impacts carbone du système de santé. Enfin, à la demande de la ministre de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, nous préparons un rapport sur la prospective en matière de ressources humaines, en partenariat avec l'ONDPS et la DREES. L'objectif est notamment de voir comment adapter les moyens humains aux politiques de santé publique.



Agnès Firmin-Le Bodo

Ministre chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé

La ministre chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé a présenté le 4 mai ses engagements dans le cadre du CNR Santé, structurés autour de quatre axes. Un plan d'action d'ici l'été pour créer 450 MSP par an et atteindre le chiffre de 4 000 MSP en 2027 ; un autre plan d'ici fin mai pour « réaliser le dernier kilomètre » jusqu'au patient (medicobus notamment) ; un objectif de 100 % de Français couverts par des CPTS ; un plan d'action d'ici juin avec la CNAM pour atteindre les 10 000 assistants médicaux en 2025 ; stratégie dédiée à la santé des professionnels de santé présentée à Santexpo ; passage en droit commun des protocoles de coopération et accélération des partages de compétence.



Jean-Yves Grall

Membre du collège de la Haute Autorité de Santé

L'ancien cardiologue libéral, devenu DG d'ARH en Lorraine puis Directeur général de la santé avant de diriger l'ARS Hauts-de-France, vient de rejoindre le collège de la Haute Autorité de Santé, aux côtés de son nouveau président, Lionel Collet. Deux autres personnes ont été nommés au collège : Claire Compagnon, juriste et spécialiste du droit de la santé, et Anne-Claude Crémieux, médecin spécialiste des maladies infectieuses et ancienne Médecin-Conseil national de la CCMSA. Ces trois personnalités remplacent Cédric Grouchka, Valérie Paris et Élisabeth Bouvet, dont le mandat arrivait à échéance. Par ailleurs, Isabelle Adenot, Catherine Geindre, le Pr Pierre Cochat et Christian Saout poursuivent leur mandat.

Brèves

CONSULTATION DE PRÉVENTION DANS LA BRANCHE TRANSPORTS : DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS

Carcept Prev (groupe Klesia) et la Confédération syndicale des médecins français ont initié, ces dernières années, une consultation de prévention au bénéfice des salariés de la branche transport, dans le cadre du programme de prévention santé Transportez-Vous Bien (TVB). Cette consultation de prévention, rémunérée 125 euros nécessite une formation spécifique du médecin. Avec des résultats très positifs : 77 % des salariés s'en disent satisfaits, 61 % ont bénéficié de recommandations personnalisées de la part de leur médecin, 92 % les ont mises en œuvre, 70 % qui les ont suivis déclarent une amélioration de leur santé et 63 % de leur bien-être, 37 % des salariés n'auraient pas envisagé de réaliser des actions s'ils n'avaient pas suivi la consul-

tation. Ces résultats confortent la volonté des parties de s'engager plus massivement dans la communication sur ce dispositif auprès des salariés et des entreprises du secteur (avec pour objectif de doubler le nombre de consultations réalisées d'ici la fin de l'année) et d'élargir le nombre de secteurs d'activités professionnelles concernés par cette consultation (à commencer par la branche des hôtels, cafés, restaurants), ainsi que le nombre de médecins l'opérant.

ROSP 22 : DES INDICATEURS EN PROGRESSION

La CNAM vient de publier les résultats de la ROSP pour 2022. Avec un bilan plutôt satisfaisant : la majorité des indicateurs sont à la hausse. Les objectifs liés à la prévention s'améliorent notamment, à l'instar de la lutte contre le cancer. « Les trois indicateurs de prévention du cancer restent bien orientés en 2022, note la CNAM. En effet, la prévention du cancer colorectal poursuit sa progression (+ 1,4 point), soit 168 000 patients supplémentaires dépistés. Entre 2019 et 2022, une augmentation de + 4,8 points est enregistrée sur cet indicateur-clé. La prévention du can-



Yves Decalf

Président du SN-MCR

Le président du SN-MCR a récemment publié un point d'actualisation sur la réforme des retraites et ses effets sur les médecins. Quelques points-clé sont à retenir. Les praticiens en cumul emploi/retraite intégral (67 ans et plus) obtiennent des droits supplémentaires sur le régime de base ; une majoration de 10 % est accordée aux médecins ayant eu au moins 3 enfants, en plus de la retraite due au titre du régime de base (un avantage qui existait pour d'autres régimes mais pas pour celui des médecins). Enfin, le SN-MCR signale que la CNAVPL vient d'être saisie d'un projet de décret concernant l'exonération des cotisations CARMF au titre de l'année 2023. Cette exonération concernera les revenus (BNC) inférieurs à 80 000 €. Il s'appliquera à partir de sa parution au *JO* avec une rétroactivité au 1^{er} janvier 2023.



Élisabeth Borne

Première ministre

La Première ministre a présenté le 27 avril sa feuille de route pour les 100 prochains jours. Aux côtés du travail, de l'écologie et de la justice, la santé fait partie des thèmes prioritaires. Le gouvernement fait de la garantie de l'accès aux soins sa priorité, avec promesse de prise de contact pour tous les Français sans médecin traitant. Dans la poursuite des travaux du CNR, des annonces seront faites en juin prochain, et un bilan des 100 jours sera présenté le 14 juillet. Outre le recrutement de 6 000 assistants médicaux supplémentaires, 2 000 places de plus seront ouvertes dans les IFSI. Et la proposition de loi sur l'accès aux soins portée par Frédéric Valletoux a été évoquée dans son discours.

cer du sein et du cancer du col, après une faible augmentation l'an dernier, progresse respectivement de +1,2 point et +0,9 point.» C'est également le cas pour l'efficacité des prescriptions, avec de bons résultats sur les antihypertenseurs et les IPP, mais avec, en revanche, une baisse sur le champ des statines. Au total, le montant versé au titre de la ROSP du médecin traitant de l'adulte et de l'enfant, et du forfait structure pour l'équipement du cabinet médical atteint en moyenne 9 151 euros pour les 51 661 médecins généralistes rémunérés en 2022. Pour les cardiologues, gastro-entérologues, endocrinologues, les montants moyens versés sont respectivement de 2 067, 1 443 et 1 529 euros.

Chiffres

6 Français sur 10

C'est la part des consommateurs qui déclarent, dans un sondage de l'IFOP pour Biogaran, avoir renoncé à l'achat d'un médicament sans ordonnance (non remboursé) en raison de son prix. En 2009, ce n'était le cas que de 36 % des Français.

78 %

C'est le nombre de Français à se dire inquiets pour l'avenir du système de santé français, selon un sondage Cluster 17 pour *Le Point*. 40 % indiquent également avoir déjà renoncé à des soins pour des questions de coût.

+ 1,7 %

C'est, selon l'UNAPL, le taux de croissance du secteur de la santé pour les professions libérales pour le 1^{er} trimestre 2023, par rapport à la même période en 2022. Une progression à tempérer : en tenant compte de l'inflation, le secteur est en baisse de 0,2 %.



Règlement arbitral : en attendant mieux ?

Présenté le 24 avril, le Règlement arbitral offre le service minimum aux médecins libéraux, qui ne s'y retrouvent pas en termes de rémunération, d'enjeux sur l'accès aux soins ni de reconnaissance de leur expertise. L'ensemble des syndicats appelle à une rapide reprise des négociations pour signer une convention ambitieuse et restructurante.

Comme on pouvait s'y attendre, le Règlement arbitral, rendu public le 24 avril, marque une nouvelle étape dans le conflit majeur entre les médecins libéraux et le gouvernement, qui dure depuis plus de neuf mois. De fait, s'il y a un point d'accord entre les parties, c'est la nature même de ce texte : « le but de l'arbitre a été de ménager une transition vers une reprise rapide des négociations : une convention négociée vaut mieux qu'un règlement administré, et c'est ainsi que le législateur a conçu la procédure d'arbitrage, peut-on lire dans le dossier de presse diffusé ce jour-là. Le Règlement arbitral se contente ainsi de reprendre pour l'essentiel la convention de 2016, dans sa version en vigueur aujourd'hui, hors quelques dispositions du projet de convention. Il préserve l'accès financier aux soins des patients, en limitant l'augmentation de leurs restes à charge. »

Voilà donc pour la communication officielle, lénifiante comme il se doit. Côté contenu, la réaction des syndicats ne s'est pas fait attendre. Dans un communiqué commun, les syndicats représentatifs, mais également les syndicats de jeunes médecins et d'étudiants, ont manifesté leur mécontentement « Nous découvrons un contenu terriblement insuffisant pour faire face aux enjeux actuels d'accès aux soins de la population, et très loin de nous permettre de tenir les promesses du gouvernement, constatent-ils. Les mesures contraignantes et coercitives du contrat d'engagement territorial ont judicieusement été écartées, mais le choc d'attractivité attendu et nécessaire n'est pas au rendez-vous. »

DES MOYENS INSUFFISANTS POUR LA MÉDECINE DE VILLE

Les syndicats listent les carences de ce texte : aucune mesure favorisant l'installation des jeunes médecins ; une revalorisation de la consultation de 1,50 euros, soit 50 % de moins que l'inflation depuis 2016 ; une absence de valorisation des consultations complexes en constante augmentation. « Alors que l'hôpital public, faisant face à une crise sans précédent, se délite, l'enveloppe budgétaire pour la médecine de ville, clé de voûte des soins primaires, reste toujours insuffisante, notent-ils. Pilier essentiel des soins de premier et de second recours, son effondre-

ment signerait celui de l'ensemble du système de santé. Nous refusons cette conséquence dramatique pour nos patients. » Les organisations appellent donc toutes « à une reprise des négociations avant l'été ». « Celles-ci devront passer par une véritable écoute du terrain et la construction commune d'une convention à la hauteur des enjeux. Confiance, moyens et attractivité doivent en être les maîtres mots. Pour notre système de santé, pour nos patients, une négociation sincère et ambitieuse doit reprendre au plus vite entre l'Assurance Maladie et les organisations syndicales. »

LA NÉGO NE PEUT ATTENDRE

Le « timing » demandé sera-t-il entendu ? Rien n'est moins sûr. Le ministre de la Santé et de la Prévention, François Braun, lors d'une rencontre avec les représentants de la CSMF, évoquait l'hypothèse d'une nouvelle négociation à partir de septembre. Une manœuvre classique pour « jouer la montre ». En tenant compte des délais de discussion, de publication et d'application, les mesures tarifaires pourraient difficilement être effectives avant le milieu de l'année prochaine. De quoi reporter la charge d'éventuelles hausses d'honoraires sur l'exercice 2024, et surtout 2025 pour un impact budgétaire en année pleine. Autant dire que ce calendrier est inacceptable pour les médecins libéraux. « L'État se berce d'illusions s'il espère tenir ses engagements en termes d'accès aux soins auprès des Français, observe Franck Devulder, président de la CSMF. Ne pas engager dès maintenant des négociations, c'est signifier aux médecins libéraux qu'une nouvelle fois ils ne seront pas entendus. » Dès lors, bonne chance au président de la République, lorsqu'il faudra comptabiliser les patients en ALD qui seront toujours sans médecin traitant en fin d'année...

D'AUTRES MENACES SE PROFILENT

L'épisode du Règlement arbitral survient alors que les malentendus se multiplient entre le corps des médecins libéraux et une partie de la classe politique. La PPL Rist a été adoptée le 6 avril après entente de la Commission mixte paritaire. Bien qu'amendé par rapport à la version initiale, le texte organise l'accès direct sous conditions pour les IPA, les kinés, les orthophonistes, dans le cadre d'un exercice coordonné et par le biais de protocoles. Certes, des mesures comme la primo-prescription sans passer par le médecin sont supprimées. Et l'accès direct organisé via les CPTS fera l'objet d'une simple expérimentation pour cinq ans. Il reste que cette loi est la porte ouverte vers une extension potentielle de l'accès direct. Outre cette loi, une autre PPL risque de rallumer le feu aux poudres : Frédéric Valletoux porte une PPL qui entend rendre obligatoire la PDS-ES pour les spécialistes. Autant dire que l'examen de ce projet de loi, en toile de fond d'une renégociation conventionnelle, ne risque pas d'apaiser les esprits.

Les points-clé à retenir

Honoraires, assistants médicaux, patients en ALD... le Règlement arbitral comprend de maigres avancées et beaucoup de points négatifs.

Dans sa présentation, le Règlement arbitral est clairement « survendu » par le gouvernement, qui est censé « dégager du temps médical pour les médecins afin de leur permettre de prendre en charge davantage de patients ». Et il répondrait également « aux attentes de la population » en favorisant la prise en charge des patients les plus fragiles, dont notamment les patients en ALD. Qu'en est-il dans la réalité ?

Le détail mesure par mesure.

HONORAIRES : LE COMPTE N'Y EST PAS.

La consultation de base du médecin généraliste passe de 25 € à 26,50 € à partir d'octobre (31,50 € pour les enfants de moins de six ans). La consultation du spécialiste passe de 30 à 31,50 € (pour les pédiatres, de 37 € à 38,5 € pour les enfants de moins de 2 ans et de 32 € à 33,5 € pour les enfants de 2 à moins de 6 ans et pour un enfant de 6 à moins de 16 ans qui ne lui est pas adressé par le médecin traitant ; pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, de 50,2 € à 51,7 € ; pour les consultations spécifiques au cabinet du cardiologue, de 52,5 € à 54 €). Ces augmentations sont dans l'ensemble celles proposées par la CNAM en février et ne permettent pas de compenser le poids de l'inflation depuis 2016.

CONSULTATIONS COMPLEXES : AU MILIEU DU GUÉ

L'avis ponctuel de consultant passe de 55 € à 56,50 € (de 62,5 € à 64 € pour les psychiatres, neuropsychiatre et neurologues) ; les consultations complexes passent de 46 € à 47,50 €. Des niveaux insuffisants au vu du temps passé et de l'expertise requise.

PATIENTS EN ALD : UNE CONSULTATION LONGUE... ET C'EST TOUT !

Le RA offre une petite avancée, en créant une consultation à 60 euros pour la première consultation chez des patients en ALD sans médecin traitant. Mais, ensuite, le tarif de base se réapplique, sans tenir compte de la complexité de suivi. La CSMF plaide pour des tarifs tout au long de la prise en charge, contre un plancher annuel de consultations par patient, afin d'accroître la file active des praticiens.

ENGAGEMENT TERRITORIAL : L'ÉTAT RENONCE

C'est pour le coup une bonne nouvelle, avec le retrait du contrat territorial individuel, sur lequel la CNAM ne voulait pas transiger. En revanche, rien ne figure dans le RA pour inciter les praticiens à s'engager collectivement, à l'échelle des bassins de population et sur la base du volontariat. Un thème porté par la CSMF et qui devra être au menu des prochaines négociations.

PERSONNES FRAGILES : DES TARIFS DÉDIÉS

Outre les 60 euros pour la première consultation des personnes en ALD sans médecin traitant, le forfait patient médecin traitant pour les plus de 80 ans sans ALD et les patients en ALD de moins de 80 ans augmente, passant de 42 à 46 euros.

PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE : LA FIN DU PLAFONNEMENT

Limitée jusqu'à présent à quatre consultations à 60 euros par an, l'accompagnement d'un patient en soins palliatifs à domicile peut désormais s'exercer sans limite.

RÉPONSE AUX SOINS NON PROGRAMMÉS : 48 HEURES POUR AGIR

Une majoration de 15 euros s'applique pour la prise en charge d'un patient dont le praticien n'est pas le médecin traitant, s'il est adressé par un SAS, en dehors des heures de PDS-A. Mais la consultation doit intervenir sous 48 heures. Cette majoration est plafonnée à 20 cotations hebdomadaires.

RÉGULATION : UNE AMÉLIORATION... MODESTE

L'heure de régulation médicale dans un SAS sera rémunérée 100 euros, soit plus qu'avant... mais moins que les expérimentations menées dans certains départements à 105 euros de l'heure.

ASSISTANTS MÉDICAUX : UN ASSOULISSEMENT BIENVENU

Avec 4303 contrats signés en avril 2023 (77 % chez les généralistes, 23 % chez les spécialistes), le dispositif de l'assistant médical progresse de façon soutenue. Afin d'atteindre l'objectif de 10 000 assistants médicaux à fin 2024, le RA assouplit les règles. Il est désormais accessible à tous les médecins de secteur 1 ainsi qu'à ceux du secteur 2 ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée. Les obligations d'exercice coordonné, d'exercice regroupé ou d'exercice en zone sous-dense ne sont plus requises. Le montant de l'aide diffère selon deux options (mi-temps ou plein temps), il est pérenne et dégressif sur les deux premières années. La 3^e année, le montant est modulé en fonction de l'atteinte par le médecin des objectifs d'augmentation de sa patientèle ou de sa file active, qui dépendent de leur taille initiale. Au total, si les objectifs sont atteints, le montant d'aide varie entre 36 000 € et 10 500 € selon la taille de la patientèle.

DES MESURES TECHNIQUES : DES AJUSTEMENTS À LA HAUSSE... OU À LA BAISSE

Concernant les systèmes d'information, certaines cibles associées au 2^e volet du forfait structure (aide financière destinée à l'organisation et à l'informatisation du cabinet) sont revues à la baisse pour tenir compte d'une montée en charge plus progressive qu'initialement prévu de certains outils numériques : protocole de soins électronique pour les patients en affection de longue durée (ALD) (80 % en 2023 contre 90 % dans la convention actuelle), prescription électronique de transports (20 % en 2023 contre 30 %), déclaration simplifiée de grossesse en ligne (10 % en 2023 contre 30 %), ordonnances numériques sur produits de santé (30 % en 2023 contre 50 %). Par ailleurs, la période d'observation pour le paiement du forfait « Volet de Synthèse Médicale (VSM) » est allongée au 31 décembre 2023 compte tenu du décalage du calendrier du Ségur numérique. La transmission des feuilles de soin en cas d'impossibilité de produire des feuilles de soin sécurisées Vitale est simplifiée. Enfin, concernant la prise en charge des cotisations, leur bénéfice est ouvert aux forfaits rémunérant l'activité des professionnels de santé libéraux conventionnés exerçant au sein des services d'accueil des urgences des établissements de santé à but non lucratif ou sous contrat.

SECTEUR 2 : ACCESSIBLE AUX DOCTEURS JUNIORS SOUS CONDITIONS

Pour y accéder, le statut de docteur junior hospitalier est comptabilisé à raison d'une année pour acquérir le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux.

Le Règlement arbitral comprend de maigres avancées et beaucoup de points négatifs.





Franck DEVULDER

**PRÉSIDENT
DE LA CSMF**

« *Il est urgent de ne plus attendre* »

**Lorsque vous avez rencontré
Annick Morel, le 24 avril, quels enseigne-
ments avez-vous tiré de ces échanges ?**

Annick Morel a sans conteste mené un travail honnête, et il faut saluer ses qualités d'écoute, dans un contexte forcément difficile, après l'échec de la négociation il y a trois mois. D'emblée, elle nous a indiqué – et c'est dans ce sens que s'oriente la communication officielle – que ce Règlement arbitral n'avait pas vocation à se prolonger, qu'il devait être le prélude à une reprise prochaine des négociations. Le même discours nous a été tenu un peu plus tard par François Braun, le ministre de la Santé et de la Prévention. Cependant, nous sommes ressortis de cet échange sans calendrier, alors que le feu couve dans la maison ! Si l'ouverture des discussions devait intervenir après l'été, j'en crains les conséquences pour l'accès aux soins. En prenant en compte leur durée, et également les délais de publication et d'application des éventuelles hausses d'honoraires – si nous trouvons un accord, bien sûr – les médecins libéraux devront attendre mi-2024. Qui peut croire que nous avons le temps ? Et comment le président de la République espère-t-il tenir ses engagements sur la prise en charge intégrale des patients en ALD par les médecins traitants, sans signes forts et rapides en direction de la médecine de ville ?

**Avez-vous pu évoquer avec François Braun les débuts d'un
nouveau socle de discussion, alors que personne ne peut
se permettre un autre échec ?**

Oui et non, comme toujours, les guerres de position et les calculs tactiques l'emportent sur le fond. Le Ministre semble partager notre point de vue sur la hiérarchisation des actes, l'impossibilité du contrat individuel ou la valorisation des missions au service de l'accès aux soins (regroupement, SAS, PDS, CPTS, MSP...). Mais on reste dans les grands principes. Surtout, il nous a rappelé qu'il n'avait pas mandat pour la consultation

de base à 30 euros. Or, c'est un point non discutable pour nous, tout simplement parce qu'une telle hausse ne serait qu'un effet de rattrapage de l'inflation. Autre point d'achoppement, François Braun a évoqué avec nous des rencontres préalables avec Thomas Fatome, le DG de la CNAM, sur la méthode à partager avant l'ouverture des négociations. Avons-nous du temps à perdre sur le « comment on fait » ? J'ai déjà la réponse : non aux powerpoints qui alignent des décisions déjà prise, sans vraie marge de négociation. J'en appelle à la lucidité des pouvoirs publics : s'ils n'ont pas d'ambitions massives pour la médecine de ville, s'ils ne sont pas capables de comprendre que les praticiens ont besoin d'avancées claires, mais également d'un calendrier prévisionnel pour une adaptation régulière de la convention au fil de son application, nous courrons tous à la faillite de la négociation. Avec, au final, des patients pénalisés par un accroissement des déserts médicaux, des départs anticipés à la retraite, des reconversions professionnelles ou le choix d'une médecine salariée à 35 heures par semaine.

Quels seront les points forts que compte défendre la CSMF ?

Nous ne varierons pas d'un iota sur notre programme politique, connu de tous et qui propose une stratégie clairement orientée en faveur d'un meilleur accès aux soins. Hiérarchisation des consultations reconnaissant la vraie valeur de l'expertise médicale, valorisation de la prise en charge des ALD contre régulation du nombre annuel de consultations pour accroître la file active des praticiens, hausse du point travail, simplification des cotations, liberté d'installation, soutien massif pour les praticiens qui s'engagent dans des missions territoriales... ces quelques propositions, parmi d'autres, témoignent de la grande cohérence de notre projet. Notre ambition est simple : offrir des perspectives de carrière attractives pour motiver les praticiens installés et inciter les jeunes à opter pour le libéral. Et la règle d'or qui a abouti au refus de signature en février dernier reste la même : personne ne doit être laissé de côté. Les Français ont besoin de tous leurs médecins pour faire face aux enjeux du vieillissement, des maladies chroniques, de la prévention et de l'innovation médicale accessible au plus grand nombre. À défaut de l'admettre, les décideurs politiques porteront la responsabilité de la dégradation accrue de notre système de santé.



Luc DUQUESNEL

**PRÉSIDENT
DES GÉNÉRALISTES-CSMF**

« *Un Règlement arbitral
catastrophique* »

**Quelle analyse faites-vous du Règlement
arbitral ?**

Évoquons d'abord les points positifs, puisqu'il en y a quelques-uns. Je noterai d'abord le fait que le plafond des actes de téléconsultation à plus de 50 % de l'activité, proposé par le texte conventionnel, n'a pas été repris. C'est une bonne chose, car cette mesure était de nature à détourner une partie des médecins de leur activité de consultation présente, et donc de leur patientèle, pour privilégier un mode d'exercice moins contraignant. Second motif de satisfaction, Annick Morel a écarté tout engagement individuel des médecins en échange de revalorisations, ce que nous dénoncions avec force. Enfin, les investissements en faveur des assistants médicaux sont confirmés. Excepté ces trois avancées, le reste est catastrophique. Certes, le Règlement arbitral concède une consultation à 60 euros pour un nouveau patient en ALD.

Ce n'est cependant en rien une avancée : contrairement au projet de convention de février, elle ne prend nullement en compte la complexité des consultations de suivi tout au long de l'année de ces patients, tarifées à 25 euros puis à 26,50 euros. Seuls les praticiens qui jusqu'à présent soignaient des patients en ALD sans savoir qu'ils n'étaient pas leur médecin traitant y verront une opportunité... temporaire ! Notons par ailleurs que le Règlement arbitral supprime la consultation prévue à 60 € pour les patients de plus de 80 ans en ALD. Que dire sinon du tarif indécent de 26,50 euros, applicable seulement à partir de novembre ? Il acte la dévalorisation officielle de l'acte médical de base, alors que ce tarif est bloqué depuis 2017 et que la simple application de l'inflation aboutit mécaniquement à établir la valeur de l'acte à 30 euros. Ce règlement arbitral témoigne de la décision légitime des syndicats médicaux à refuser la convention en février dernier. Comment, à la CNAM, à l'Élysée, à Matignon et Avenue Duquesne, a-t-on pu imaginer que nous accepterions de laisser de côté 30 à 40 % des médecins généralistes, non éligibles aux revalorisations d'honoraires ? C'est mal connaître nos valeurs, notre éthique, et la solidarité que nous entendons porter au bénéfice de l'ensemble de nos confrères.

Quelles seraient les conséquences, selon vous, si ce Règlement arbitral devait s'appliquer de façon durable ?

Elles seraient terribles, et d'abord pour les patients, avec un risque majeur de désengagement et donc d'aggravation des conditions d'accès aux soins. On le voit déjà, chez certains, comme ces internes qui décident de changer d'orientation et tournent le dos à la médecine de famille, ou ces praticiens qui préfèrent anticiper leur départ en retraite. Il y a également la tentation pour d'autres d'accepter des offres de salariat, à 35 heures par semaine sans garde et 8000 euros net, mais avec des files actives des patientèles trois fois moins importantes, ou aller travailler dans des centres de soins non programmés ou pour des plateformes de téléconsultations. Ces mouvements de fond vont alourdir la charge de ceux qui continuent en libéral, les exposer au risque de *burn-out*, leur dégrader leurs conditions d'exercice... Tant que les décideurs n'auront pas pris la mesure de ce qui se passe dans nos villes et nos campagnes, tant qu'ils ne feront que perfuser l'hôpital sans s'intéresser à la médecine libérale, tant qu'ils refuseront de comprendre que la solution pour l'accès aux soins passe par un soutien massif à cette forme d'exercice, ils seront responsables de la dégradation rapide de notre système de santé. Quand on entend qu'Emmanuel Macron promet un

médecin traitant pour chaque patient en ALD d'ici à la fin de l'année, on réalise à quel point les personnes qui gouvernent ce pays en sont totalement déconnectées.

Vous appelez à une reprise rapide des négociations conventionnelles. Quelles seront les exigences des Généralistes-CSMF ?

Elles n'ont pas changé en trois mois. Nous refuserons d'abord toute forme de contrat individuel. La CSMF défend en revanche le principe d'un engagement territorial collectif, qui valorise les praticiens engagés dans toute forme d'exercice collectif, de permanence des soins ou de formation (MSP, ESP, CPTS, PDSA, SAS, Maîtrise de stage...). Par ailleurs, le tarif à 30 euros de l'acte de base n'est pas négociable, tout simplement parce que c'est un simple effet de rattrapage de l'inflation. De même, elle devra traduire le principe de la hiérarchisation des actes, au cœur de la feuille de route de la CSMF depuis plus de vingt ans. Enfin, cette négociation devra transformer sans délai l'effort consenti en faveur de la médecine de ville, notamment par la suppression des stabilisateurs automatiques. Et elle devra être innovante, pour soutenir le développement de solutions territoriales efficaces.



**Bruno PERROUTY
PRÉSIDENT
DES SPÉCIALISTES-CSMF**

« Négocier vite pour gagner du temps sur l'accès aux soins »

Le Règlement arbitral a-t-il des effets pour les spécialistes ?

Ce sont une fois de plus les oubliés de ce texte, lequel, je le rappelle, pourrait s'appliquer de façon durable si les négociations n'étaient pas relancées dans les meilleurs délais ! Aucune mesure de soutien aux spécialistes n'est inscrite dans le Règlement arbitral. Pire, il contient des incohérences et des mesures nouvelles qui constituent une régression sur certains points. D'abord, les spécialistes devraient au mieux se contenter d'une hausse de 1,5 euros des tarifs de consultation, applicables seulement en octobre, soit en moyenne une hausse comprise entre 2,4 % et 5 % selon les actes, soit une évolution inférieure au rythme de l'inflation. Ensuite, et pour des raisons incompréhensibles, les actes très complexes sont sortis de cette majoration. Les consultations complexes, elles, font l'objet d'un mécanisme de régulation mystérieux : on communique un chiffre global de la valeur de l'acte alors que ces consultations complexes et très complexes sont basées pour leur cotation sur l'addition de lettres-clés, dont en premier l'acte de base qui est en principe majoré mais qui ne le sera pas pour les consultations très complexes. Le casse-tête en vue pour les logiciels de cotation est garanti ! Ce règlement est donc en contradiction avec le principe de hiérarchisation des actes, qui était pourtant envisagé partiellement dans le projet de convention. Enfin, il faut souligner que rien n'est prévu pour augmenter le point travail, gelé depuis 2005. Là encore, les spécialistes font les frais du désinvestissement chronique sur les soins de ville.

Pourquoi faut-il renégocier au plus vite une convention médicale ?

Lorsqu'elle nous a reçu le 24 avril, Annick Morel en a convenu : ce Règlement arbitral n'a pas vocation à s'inscrire dans la

durée. À défaut, ce serait délétère pour la motivation des médecins, pour leur engagement en faveur de solutions pérennes pour améliorer l'accès aux soins. Pour les spécialistes, le risque est grand d'accroître les déséquilibres démographiques, d'amoinrir leur capacité à investir dans le progrès technologique et médical, d'augmenter la part de leurs dépassements d'honoraires pour faire face aux charges de fonctionnement. De façon globale, les hausses d'honoraires fixées par le Règlement arbitral constituent un signal très négatif, alors que l'État affiche des objectifs ambitieux sur le plan de l'amélioration de l'accès aux soins. Qui peut croire que, sans un effort conséquent en faveur de la médecine de ville, les médecins acceptent de jouer le jeu ? Il faut donc renégocier, et le plus vite possible, d'autant plus que la loi impose un effet report des revalorisations d'actes.

Quelles seraient les attentes des Spécialistes-CSMF dans le cadre d'une éventuelle reprise des négociations ?

La CSMF reste ferme sur ses positions, en conformité avec son projet politique, lequel a d'ailleurs été salué par Annick Morel, en particulier sur le principe de la hiérarchisation des actes. Cette hiérarchisation doit permettre de valoriser des consultations moins fréquentes, plus longues et plus complexes, ce qui favorisera la prise en charge de plus de patients différents. Nous plaçons également pour une Majoration d'Urgence (MCU) applicable pour les patients vus dans les 5 jours et pouvant être cotée avec certains actes techniques de la CCAM ceci avant d'éviter des recours inutiles aux services d'urgence. Afin d'éviter de faire revenir le patient, il faut pouvoir associer des actes techniques et des actes cliniques, ce qui là encore augmentera le temps disponible pour d'autres patients. Enfin, nous demandons un engagement fort sur le projet des Équipes de Soins Spécialisés via une tarification adaptée, dans le but de mieux répondre à la demande de soins non programmés. Et il faut relever de 0,44 à 0,48 du point travail, soit 4 % d'augmentation, afin de ne plus fragiliser la pérennité de nos entreprises libérales.

Marie-Christine Deluc, avocate associée, cabinet Auber

Une ordonnance pour améliorer l'exercice en société libérale

Maître Marie-Christine Deluc, avocate conseil de la CSMF, détaille les principaux points de l'ordonnance publiée le 8 février dernier.

LE 8 FÉVRIER DERNIER, UNE ORDONNANCE A ÉTÉ ADOPTÉE RELATIVE À L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ DES PROFESSIONS LIBÉRALES RÉGLEMENTÉES. POURQUOI CETTE ÉVOLUTION RÉGLEMENTAIRE ?

Bien qu'encore minoritaire, l'exercice en société ne cesse de progresser, passant de 26,6 % en 2014 à 31,1 % en 2017 dans le champ de la santé. Le recours à la forme sociétaire correspond au besoin croissant des entreprises d'investir dans le développement de leur structure. Cependant, comme l'analyse le gouvernement, la complexité des règles applicables à cet exercice, leur opacité, la multiplication des régimes d'exercice ouverts et l'empilement des textes sont autant d'éléments dissuasifs pour les professionnels. C'est pourquoi, avec cette ordonnance, il a souhaité fondre en un texte unique l'ensemble des textes transversaux relatifs aux professions libérales réglementées avec une harmonisation des dispositions les concernant. Ainsi seront abrogées la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles et la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, dont la substance sera reprise au sein de l'ordonnance.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX OBJECTIFS DE CE TEXTE ?

Trois objectifs principaux sont visés. D'abord, il s'agit de **simplifier et mettre en cohérence** les règles relatives aux professions libérales soumises à un statut législatif et réglementaire. Second point, le but est également de **faciliter le développement et le financement des structures** d'exercice des professions libérales à l'exclusion de toute ouverture supplémentaire à des tiers extérieurs à ces professions du capital et des droits de vote. Enfin, l'ordonnance vise à **sécuriser l'exercice et renforcer l'indépendance** des professionnels. Destinée à entrer en application au 1^{er} septembre 2024, le texte permet notamment de définir précisément la notion de profession libérale réglementaire, de délimiter les contours des trois familles les représentant (santé, justice, professions techniques et du cadre de vie), de définir également le statut du professionnel exerçant. Pour la santé, les professions libérales réglementées regroupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du patient, des prestations mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées.

EN QUOI CETTE ORDONNANCE PEUT-ELLE FACILITER LE DÉVELOPPEMENT DES SOCIÉTÉS LIBÉRALES DE SANTÉ ?

L'amélioration de la lisibilité des règles applicables est réelle. Concernant les SPC et les SEP, les dispositions pré-existantes concernant les SCP sont reprises au sein de l'ordonnance. Le texte prévoit la simplification de la transmission, de la fin de vie des Sociétés Civiles Professionnelles et de leur transformation en Société Pluriprofessionnel d'Exercice (SCP). À noter que l'ordonnance prévoit la possibilité désormais pour les personnes morales d'être associées au sein d'une Société En Participation (SEP) de professions libérales. Les SCM sont maintenues, tandis que les règles des SEL sont simplifiées et assouplies. Les dispositions de l'ordonnance permettent désormais une présentation plus lisible des caractéristiques essentielles des sociétés d'exercice libéral (constitution, dénomination, exercice, etc.). Des décrets complémentaires, profession par profession, restent possibles et vont être pris. Il faudra être attentif à l'évolution des règles spécifiques des SEL permettant l'exercice médical et regroupées au sein de la partie réglementaire du Code de la Santé Publique. Sur la détention du capital et la répartition des droits de vote en SEL, les dispositions spécifiques actuelles sur les règles de détention du capital, notamment par un tiers non exerçant et sur la répartition du capital et des droits de vote, demeurent. Les participations interdites ou encadrées peuvent être réglementées par décret lorsque cette détention serait de nature à mettre en péril l'exercice de la profession dans le respect de l'indépendance des professionnels exerçants associés et de leurs règles déontologiques propres. Il faudra cependant rester vigilant. L'ordonnance prévoit d'ailleurs un renforcement du contrôle par les Ordres professionnels et les autorités, avec vérification une fois par an de la composition du capital social et des droits de vote. Cette exigence de transparence est essentielle pour garantir l'indépendance des professionnels de santé.

Retrouvez l'intégralité de l'article
de Marie-Christine Deluc
sur www.csmf.org





Christophe Sadoine

Président Directeur Général de CAHPP et
Directeur Général de deux cliniques dans le nord de la France

CAHPP pour une santé performante et responsable

Entretien avec Isabelle Hamelin, Directrice des Relations Publiques, de la Communication et de la RSE de CAHPP. L'occasion de revenir sur la vision et les axes stratégiques de CAHPP, mais aussi sur la transformation profonde de l'entreprise impulsée par son nouveau Président Directeur Général Christophe Sadoine, également Directeur Général de deux cliniques dans le nord de la France.

Isabelle Hamelin

Directrice des Relations Publiques,
de la Communication et de la RSE de CAHPP

QUEL EST VOTRE POSITIONNEMENT ET VOTRE CŒUR DE MÉTIER ?

La raison d'être de CAHPP est : accompagner les acteurs de la santé dans l'optimisation de leurs performances. CAHPP travaille sur **trois piliers essentiels** : la performance économique avec le référencement et l'optimisation des achats, la performance humaine, avec la formation et le développement des équipes et enfin, la performance des organisations avec **l'optimisation des pratiques et des leviers de transformation**.

Pour forger une évolution durable et harmonieuse du monde du soin, CAHPP évolue actuellement avec 650 fournisseurs partenaires et 3500 établissements de santé adhérents.

Nous mettons en relation nos adhérents et les fournisseurs/partenaires avec lesquels nous travaillons et avec qui nous avons signé un contrat de référencement. Grâce au flux et au volume d'achat de nos clients, nous pouvons négocier **des services de qualité et des tarifs préférentiels**. Les adhérents peuvent commander dans un large catalogue de références négociées. Nous avons à cœur de proposer **des offres personnalisées** à chaque adhérent et **des solutions qui s'adaptent aux besoins spécifiques des adhérents...**

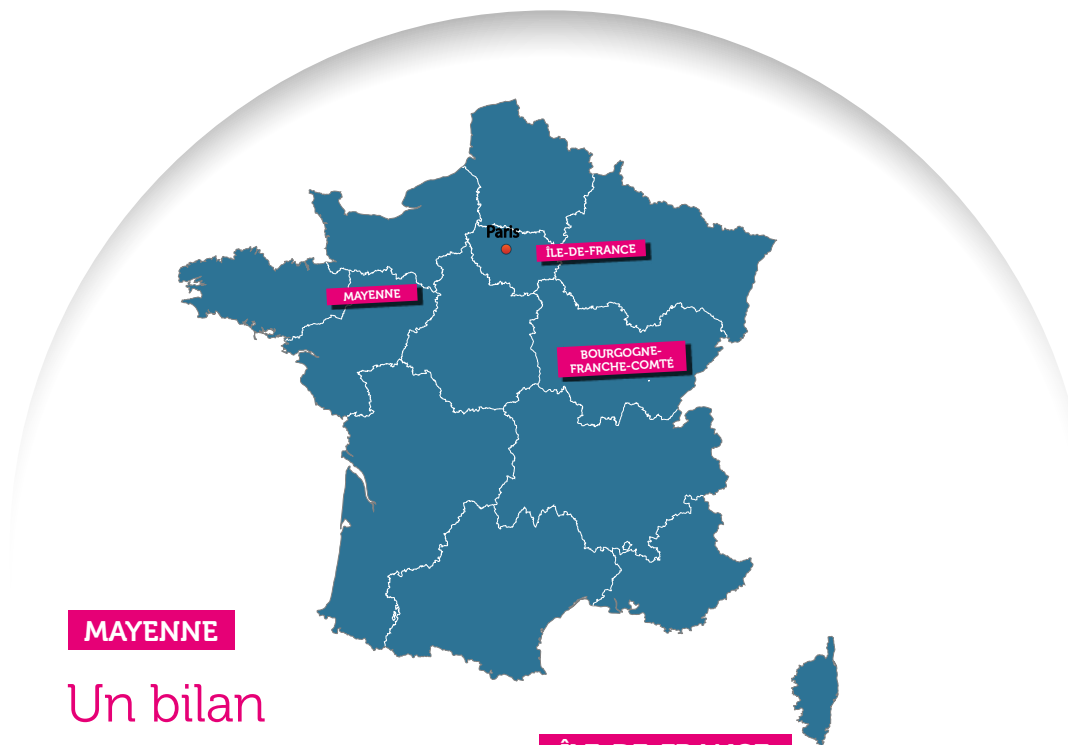
QUELS SONT VOS ENGAGEMENTS ?

Depuis octobre 2021, notre nouveau Président Directeur Général, Christophe Sadoine a engagé **une forte transformation de CAHPP**. Cette transformation a impulsé **un souffle nouveau et accéléré notre modernisation**. L'ensemble des collaborateurs a participé à l'écriture de **notre raison d'être, nos missions et nos valeurs**. Parmi ces dernières, s'est imposée l'importance de participer plus encore à une santé responsable.

Nous croyons, en effet, que l'éthique, le progrès social et l'environnement doivent être des priorités en contribuant à améliorer l'impact de nos activités sur l'individu, la société et la planète. Pour cela, CAHPP utilise **l'Indice Vert** comme outil d'évaluation des partenaires et fournisseurs référencés. Cet indice mesure la maturité RSE et la démarche d'achats responsables avec un questionnaire extrêmement complet de 40 questions sur la gouvernance, les produits et l'éco-conception, la gestion des déchets, la commande et la distribution ainsi que les achats responsables. Cela permet aux cabinets médicaux de **sélectionner des fournisseurs responsables**. Nous avons récemment poussé le processus plus loin, en proposant une **pré-évaluation** à tous les fournisseurs qui voudraient rejoindre CAHPP.

QUELLES SONT VOS AMBITIONS FUTURES ?

Cet axe stratégique a vraiment été mis en exergue grâce à **Christophe Sadoine**, ce qui a permis à CAHPP d'établir des objectifs très clairs. L'année dernière, 52 % de nos partenaires ont répondu à notre questionnaire Indice Vert. Cette année, nous avons un objectif de 70 % et en 2025, nous avons l'ambition d'atteindre 100 % de partenaires indicés. Au sein même de l'entreprise, nous sommes aussi très attentifs à notre cohérence quant à nos engagements de RSE et nous continuerons à le faire dans nos projets futurs. Bien entendu, nous allons poursuivre **notre recherche de qualité en continuant à aller au contact des adhérents pour capter agilement leurs besoins, leurs enjeux et y répondre**.



BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Une réponse libérale aux situations de crise

Dans un communiqué publié fin mars, l'URPS ML de Bourgogne-Franche-Comté annonce la création du « Renfort Sanitaire Territorial ». Objectif de la démarche : mobiliser mieux et plus vite les médecins libéraux dans les plans et les dispositifs de gestion et de réponse aux crises et aux situations sanitaires exceptionnelles, définis aux niveaux départemental, régional, zonal et national. « *Nous proposons des modalités opérationnelles pour intégrer les acteurs volontaires et articuler leur intervention... tout en maintenant une offre de soins "hors crise"* », explique-t-elle. En pratique, le RST repose sur trois grands piliers : la mise en place de formations dédiées, graduées, contextualisées et territorialisées pour acculturer les praticiens intéressés ; la mise en œuvre d'une logique d'affectation pour anticiper et préparer les crises ; le déploiement d'un outil de recensement, d'information et de mobilisation pour optimiser la gestion des ressources¹. Inédite en France, cette initiative répond aux attentes et aux besoins des médecins libéraux, dont les compétences ont été très largement sous-exploitées durant la pandémie de Covid-19.

1. Développée par l'URPS ML BFC, l'application Lib-ORSAN permet l'information, le recensement et la mobilisation des professionnels de santé libéraux volontaires et disponibles lors de la survenue d'une crise ou d'une situation sanitaire exceptionnelle.

MAYENNE

Un bilan encourageant

Dans un communiqué publié fin mars, le Conseil départemental de la Mayenne dresse un bilan complet des actions engagées à l'issue des États généraux de la santé, qui se sont tenus entre le 22 février et le 23 mars 2022. Trois grands objectifs avaient alors été fixés pour améliorer l'offre de soins mayennaise : répondre aux besoins de santé de la population, accompagner les soignants dans leur exercice quotidien et renforcer l'attractivité du territoire. Un an plus tard, quatorze des trente mesures votées ont été mises en œuvre et dix d'entre elles sont en cours de déploiement. Parmi d'autres accomplissements, citons notamment la création d'une bourse pour accompagner la première année de médecine des jeunes mayennais inscrits à la faculté d'Angers, le versement d'une aide financière de trois cents euros par mois pour les stages d'internat réalisés en Mayenne, le lancement d'un accompagnement pour la perception des aides à disposition, la recherche de logement, l'emploi du conjoint et les solutions de garde d'enfants ou encore la signature de dix-huit contrats d'assistants médicaux. Selon le calendrier prévu, plusieurs mesures phares seront initiées dans les prochains mois, dont un partenariat avec les ordres professionnels pour créer des modules de formation sur l'activité libérale. Pour mener à bien son projet, le Conseil départemental a investi 2,8 millions d'euros.

ÎLE-DE-FRANCE

Un diagnostic territorial préoccupant

L'ORS² d'Île-de-France vient de publier un état des lieux préoccupant de la santé des Franciliens, incontestablement marquée par de fortes inégalités sociales et territoriales. Aggravation des pathologies chroniques, prévalence croissante des maladies infectieuses, santé mentale fragilisée, mortalité prématurée élevée... Ce bilan circonstancié témoigne notamment de la dégradation de plusieurs indicateurs clefs. Il pointe également des difficultés d'accès aux médecins généralistes dans la quasi-totalité de la région ; un phénomène accentué par la baisse de l'offre effective et la hausse des besoins de santé. Autre particularité culturelle évoquée, les populations les plus favorisées ont plus souvent recours aux médecins spécialistes par rapport à la moyenne nationale. Parmi d'autres priorités, l'ORS identifie trois enjeux majeurs : lutter contre les principaux facteurs de risque, renforcer la promotion de la santé et la prévention ou encore adapter le système de soins aux défis actuels.

À noter : ce diagnostic territorial doit alimenter la rédaction du nouveau projet régional de santé qui sera publié en novembre prochain.

2. Observatoire Régional de la Santé – ORS.

Forfait Innovation Un test diagnostic bientôt remboursé

Créé en 2015, le Forfait Innovation a pour objectif de faciliter l'accès des patients à des technologies innovantes en phase précoce de développement. Au fil du temps, le dispositif a évolué dans le but de faciliter son utilisation par les industriels et les conseils nationaux professionnels. Début mai, la HAS a rendu pour la première fois un avis favorable en vue du remboursement d'un test diagnostique ayant préalablement bénéficié d'un Forfait Innovation. Il s'agit du test METAglyt1 auquel la HAS a octroyé une amélioration de service attendu de niveau II ce qui conduira l'Assurance maladie à se prononcer sur son remboursement effectif dans un délai maximum de 6 mois. Depuis 2015, 50 demandes ont été soumises à la HAS, portant sur 35 technologies de santé, dont 23 dispositifs médicaux et 12 actes professionnels. Parmi ces 35 technologies de santé, 19 (54,3 %) n'ont pas été sélectionnées parce qu'elles ne répondaient pas aux critères du Forfait Innovation ou parce que le demandeur a retiré son dossier. 16 technologies de santé (45,7 %) ont fait l'objet d'un avis favorable de la HAS (dont 10 DM et 6 actes). En tenant également compte de technologies évaluées avant 2015, ce sont au total 18 technologies de santé (11 DM et 7 actes) qui ont obtenu un avis favorable de la HAS pour un Forfait Innovation. Et 15 d'entre elles sont, ou ont été, prises en charge au titre du Forfait Innovation après décision des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

Données de santé Des entrepôts dédiés à l'hôpital

Les six premiers lauréats sélectionnés dans le cadre de la première vague de l'appel à projets « Accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers » de France 2030 ont été annoncés début avril. L'enveloppe initiale prévue pour ce dispositif de 50 millions d'euros de France 2030 a été abondée, début mars 2023, de 25 millions d'euros supplémentaires. Et un second appel à projets a été initié, avec des résultats attendus en juin prochain.

ONCOLOGIE : UN G7 POUR RENFORCER LA COOPÉRATION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER

L'Institut national du cancer (Inca) et six autres organisations des pays les plus avancés en recherche en cancérologie ont annoncé le 9 mai la création d'un « **G7 Cancer** », un « groupe » ayant pour objectif de « renforcer la coopération entre partenaires pour accélérer la lutte contre la maladie », notamment sur des sujets comme le partage de données et les cancers difficiles à traiter. Ce groupe a été créé à l'initiative de l'Inca, mais compte également Cancer Australia, le Canadian Institute of Health Research (CIHR), le German Cancer Research Center (DKFZ), le National Cancer Center (NCC) japonais, Cancer Research UK et le National Cancer Institute (NCI) américain. Comme l'a rappelé le président de l'Inca, Norbert Ifrah, « si de grands progrès ont été faits ces dernières années en matière de lutte contre les cancers, il reste de nombreux défis, aussi bien en prévention qu'en diagnostic et en traitement ». Il a souligné en particulier le fait que certains cancers gardent un très mauvais pronostic, l'apport de l'intelligence artificielle et la nécessité de progresser sur la compréhension des facteurs de risque et des mécanismes du cancer. Il y a une nécessité d'une « collaboration internationale accrue » pour accélérer les recherches, car certains sujets « ne sont pas résolubles à un niveau uniquement national », a renchéri Thierry Breton, directeur général de l'Inca. Quatre priorités ont été fixées par ce **G7 Cancer** : définir une stratégie internationale de partage de données, portant notamment sur les cancers pédiatriques, renforcer les coopérations dans le domaine des recherches sur les cancers de mauvais pronostic (quatre cancers sont cités, ceux du pancréas, de l'œsophage, de l'estomac et du foie), lutter contre les inégalités en matière de cancer, qu'il s'agisse d'inégalité géographiques, sociales..., renforcer la prévention en développant la thématique du « précancer » (travailler sur les préneoplasies pour anticiper l'apparition du cancer, les programmes de dépistage, la détection précoce).



Norbert Ifrah



FIN DE VIE : UN PROJET DE LOI AVANT LA FIN DE L'ÉTÉ ?

La Convention citoyenne sur la fin de vie s'est achevée début avril. Dans son rapport final, elle se prononce en faveur du développement des soins palliatifs et de l'ouverture, sous conditions, du suicide assisté et de l'euthanasie. Majoritairement réclamée par les 184 Français tirés au sort, cette évolution du droit vers « une aide active à mourir » devra néanmoins comporter de solides garde-fous. La condition médicale du patient devra notamment impliquer des critères d'incurabilité, de souffrance réfractaire et de souffrance physique, et sa demande pourra être révoquée à tout moment. Plusieurs modalités de mise en œuvre devront également être respectées, telles une évaluation du discernement de la personne aidée par un accompagnement médical et psychologique, une validation soumise à une procédure collégiale et pluridisciplinaire, une réalisation encadrée par le corps médical dans un lieu choisi par la personne et dans le respect de la clause de conscience des professionnels de santé ou encore la mise en place d'une commission de suivi et de contrôle. Prenant acte des conclusions de la Convention citoyenne, Emmanuel Macron a mandaté le gouvernement pour élaborer un projet de loi sur la fin de vie « *avant la fin de l'été* ». Il a aussi évoqué « *un plan décennal pour la prise en charge de la douleur et pour les soins palliatifs* ».



Hospitalisations potentiellement évitables : les ouvriers et les agriculteurs sont surexposés

Dans une étude publiée début avril, la DREES s'intéresse aux hospitalisations potentiellement évitables enregistrées en 2017. Cette production statistique met en exergue deux faits

marquants : 265 000 hospitalisations pour des pathologies chroniques auraient pu être évitées en médecine¹ via une meilleure prise en charge en amont, soit une sur quarante, et la moitié d'entre elles avait pour motif une insuffisance cardiaque... loin devant les déshydratations, les angines de poitrine et les crises d'asthme.

“
Quatre patients
sur cinq ont 65 ans
ou plus, et
un sur trois 85 ans
ou plus.”

Selon la DREES, les non-diplômés et les personnes âgées sont davantage concernés par les HPE. Quatre patients sur cinq ont 65 ans ou plus, et un sur trois 85 ans ou plus. Les agriculteurs exploitants et les ouvriers sont les catégories socio-professionnelles les plus touchées, en raison de leurs conditions de travail et de leur exposition à des facteurs de pénibilité. Autre enseignement de cette étude : la prévention et le suivi médical sont deux facteurs protecteurs contre les HPE. Les patients qui consultent leur médecin traitant entre une et deux fois par an ont un risque d'hospitalisation réduit par cinq et demi par rapport à ceux qui n'ont pas consulté dans l'année.

1. Hors chirurgie, obstétrique et odontologie.

Obligation vaccinale : une réintégration contestée

Dans un avis publié fin mars, la Haute Autorité de santé préconise la levée de l'obligation vaccinale des soignants contre le coronavirus qui demeure néanmoins « fortement recommandée ». La décision a été validée par François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention, qui entend réunir ordres, syndicats et fédérations pour définir les « modalités opérationnelles » de leur réintégration dans les établissements de santé, avant la publication du décret afférent dans les « prochaines semaines ». Le retour des non-vaccinés, exclus depuis dix-huit mois, est loin de faire l'unanimité. Vivement contestée par de nombreuses instances professionnelles, notamment pour des raisons éthiques, cette perspective suscite des réactions tranchées. « *Les prises de position parfois polémiques exprimées en faveur ou en défaveur de l'obligation vaccinale ne doivent pas faire oublier que le métier de soignant n'est pas un métier comme un autre et qu'il impose un engagement moral respectueux du principe "Primum non nocere"* », rappelle l'Académie nationale de médecine, non sans recommander l'inclusion des vaccinations annuelles contre la grippe et le Covid-19 dans les obligations vaccinales des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire et médico-social.

*Professionnels libéraux, vous êtes ici.
C'est parfait, nous aussi.*

Plus de **70** bureaux
partout en France et dans les DOM

Interfimo

PARTENAIRE ET FINANCIER DES PROFESSIONS LIBÉRALES



Scannez
et contactez-nous !



Données médicales : comment procéder en cas de décès ?

Les médecins traitants sont régulièrement sollicités par les proches et/ou la compagnie d'assurance d'un patient décédé. Couvertes par le secret médical, toutes les informations ne doivent pas être divulguées. Aucune donnée ne doit être directement communiquée aux assureurs.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'accès aux données médicales d'un patient décédé est encadré par le Code de la santé publique¹. Couvert par le secret médical, son dossier ne doit jamais être diffusé dans son intégralité. Sauf volonté contraire exprimée de son vivant, certaines informations peuvent néanmoins être communiquées à ses proches, uniquement sous la forme de copies, pour faire valoir leurs droits, connaître les causes de la mort ou défendre la mémoire du défunt. Qu'une demande émane des ayants droit, du concubin, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou de la compagnie d'assurance elle-même, le médecin traitant ne doit jamais remplir, signer, apposer son cachet ou contre signer un questionnaire de santé simplifié. Il ne doit pas non plus rédiger un certificat détaillant les causes du décès ou les antécédents médicaux de la personne décédée.

SI LA DEMANDE PROVIENT DES PROCHES...

La plupart du temps, le médecin traitant de la personne décédée est sollicité par ses ayants droit, son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Chaque demandeur doit préalablement prouver son identité et sa qualité, en fournissant les pièces justificatives nécessaires. Exception

faite de la cause de la mort, qui se suffit à elle-même, il doit également expliciter le motif de la demande par écrit pour permettre au médecin de communiquer les seules données médicales indispensables à la réalisation de l'objectif poursuivi.

Faute de pouvoir adresser le demandeur au médecin qui a constaté le décès, le médecin traitant pourra rédiger un certificat post mortem, sans autre précision que la mort résulte d'une cause naturelle ou d'un accident.

SI LA DEMANDE PROVIENT D'UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE...

Il arrive régulièrement que le médecin traitant soit directement contacté par la compagnie d'assurance de la personne décédée.

Le plus souvent, les renseignements demandés portent sur l'état antérieur du patient, l'assureur souhaitant notamment vérifier que ce dernier n'a pas omis de signaler une affection lors de la souscription de son contrat. Le CNOM est catégorique : aucun texte ne prévoit de secret partagé entre le médecin qui a pris en charge un patient et le médecin conseil d'une compagnie d'assurance. Le médecin traitant ne doit donc pas transmettre la moindre information médicale aux assureurs, y compris sur les causes du décès, ni remplir le moindre questionnaire de santé qui s'apparente à une « mission d'expertise ».

“
... le médecin traitant ne doit jamais remplir, signer, apposer son cachet ou contre signer un questionnaire de santé simplifié.”

1. Articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du Code de la santé publique.

NB : certains bénéficiaires d'un contrat d'assurance-décès n'ont pas la qualité d'ayant droit. Dans l'attente d'éventuelles modifications législatives recommandées par le Défenseur des Droits, un médecin ne peut pas leur délivrer d'informations couvertes par le secret médical.

Le médecin traitant ne doit pas transmettre la moindre information médicale aux assureurs.





PariSanté Campus : le hub de la health tech

Dirigé par le Pr Antoine Tesnière, **PariSanté Campus** affiche clairement ses ambitions : faire de la France un leader mondial en santé numérique.

et l'efficacité du système de soins dans l'intérêt permanent du patient. À la fois fédérateur, catalyseur et accélérateur, **PariSanté Campus** se propose de cerner les besoins et les attentes des différents acteurs en amont du processus de création, d'identifier les problématiques tout au long de la chaîne de valeur et de trouver des réponses concrètes pour rapprocher les innovations et les usages, en intégrant les dimensions éthiques et sociétales du progrès numérique.

UNE AMBITION INÉDITE

Inauguré en décembre 2021, **PariSanté Campus** est un lieu de convergence des savoirs et des expertises dans le domaine de la santé numérique. Recherche, formation, innovation, entrepreneuriat... Il fédère des opérateurs publics¹ et des partenaires privés² animés par une ambition commune : structurer une filière de pointe et la faire rayonner dans le monde entier. Animateur de cet écosystème en gestation, **PariSanté Campus** entend notamment fluidifier et accélérer le transfert de la recherche vers l'entrepreneuriat, mais aussi systématiser le succès des startups. Pour ce faire, il favorise le dialogue, la mise en réseau et la coordination entre les innovateurs, les régulateurs, les payeurs, les patients et la société civile. Il entretient également des liens permanents avec la communauté des soignants pour identifier leurs besoins et veiller au bon déploiement des solutions innovantes.

QUATRE OBJECTIFS PRIORITAIRES

Dans le cadre de ses missions, **PariSanté Campus** poursuit quatre objectifs prioritaires : **stimuler la production et l'exploitation des données de santé** pour la recherche et l'innovation ; **soutenir la formation d'excellence** autour de la e-santé et la création de viviers d'expertises ; **développer des applications** à fort impact économique, créatrices d'entreprises et d'emplois ; **améliorer les stratégies de prises en charge médicale**

UN CONCENTRATEUR DE TALENTS

Pour faciliter les synergies, **PariSanté Campus** héberge les principaux talents de la e-santé dans ses locaux, provisoirement installés dans le quinzième arrondissement parisien. Ouvert aux partenariats franciliens, nationaux et internationaux, ce hub de la health tech abrite notamment un centre international de conférence destiné aux chercheurs, quatre instituts de recherche et de formation pluridisciplinaires spécialisés dans l'intelligence artificielle, la biologie quantitative, l'imagerie médicale ou encore les sciences humaines et sociales, mais aussi un hôtel d'entreprises, une pépinière et un incubateur de startups. Le Health Data Hub, l'Agence du numérique en santé, l'Agence nationale de recherche sur les maladies infectieuses et émergentes, le dispositif « France Cohortes » de l'Inserm et sa filiale de valorisation Inserm Transfert y sont par ailleurs implantés. À terme, **PariSanté Campus** sera domicilié sur le site de l'ancien hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, en cours de réhabilitation. Le déménagement est prévu en 2029.

1. Inserm, Inria, ANS, Health Data Hub et Université PSL.

2. Grands groupes industriels, PME et startups.

LE CHIFFRE-CLÉ

81

C'est le nombre de startups hébergées au sein de **PariSanté Campus**.

LE FAIT MARQUANT

Une promotion placée sous le signe du DM

21 nouvelles startups seront hébergées sur le site de **PariSanté Campus**. Dévoilée fin mars, cette seconde promotion est résolument placée sous le signe des dispositifs médicaux. Un tiers des lauréats sont issus de ce secteur d'activité, et développent des solutions innovantes en imagerie, en odontologie et en biologie médicale. Découverte de médicaments, dispositifs médicaux et objets connectés, données responsables, essais cliniques, formation, innovation organisationnelle, intelligence artificielle, plateformes de données de santé patients, services, thérapies digitales... Soixante startups travaillant dans ces différents domaines stratégiques avaient déjà été sélectionnées en mars 2022.

à Déguster

LE TERRASS HÔTEL

C'est peut-être l'une des plus belles vues de Paris, grâce au surplomb offert par la Butte Montmartre. On n'y voit pas le Sacré Cœur... mais est-ce grave ? Perché au 7^e étage d'un immeuble sis rue Joseph de Maistre, à deux pas des Abbesses, **le Terrass Hôtel** propose deux ambiances. Un restaurant, l'Edmond, avec les propositions du chef Santiago Guerrero. Sa carte de printemps met l'eau à la bouche : huitres à la pomme verte et au mezcal et terrine de cochon maison à partager, lapin cuit au charbon de bois, variation de maïs, piment fumé panca en entrée, raviolis ricotta épinards citron confit... À côté du restaurant, qui malheureusement dispose de peu de tables, la terrasse découverte est accessible en mode Bar et Rooftop. Attention, c'est sans réservation, donc il peut y avoir de l'attente au pied de l'hôtel. Pour le restaurant, il est conseillé de s'y prendre très à l'avance et de solliciter une table en bord de vitrine, pour mieux profiter du panorama. Côté prix, comptez entre 18 et 24 € pour les entrées, 29 à 36 € pour les plats, 13 à 15 € pour les desserts. Les plus gourmands prendront le menu Dégustation, avec 5 services pour 85 €.

Terrass Hôtel, 12-14, rue Joseph de Maistre – 75018 Paris – Tél : 01 46 06 72 85 – reservation@terrass-hotel.com

à Lire

LA FLÈCHE ARDENTE

de Jean Van Hamme, Christian Cailleaux et Étienne Schréder. Éditions Blake et Mortimer. 48 pages. 16,50 €.



Vous aimez la BD traditionnelle et la ligne claire belge ? Vous êtes fans de *Blake et Mortimer*, et ne rejetez pas en bloc les suites inventées par les héritiers du génial E. P. Jacobs ? Alors, ce drôle d'objet est pour vous. Le scénariste Jean Van Hamme s'est associé à trois compères du crayon pour imaginer *La Flèche Ardente*, une suite inattendue du *Rayon U*, l'œuvre mythique de l'auteur belge, et qui préfigurait, il y a 80 ans, les aventures des deux anglais. Dans le respect absolu des techniques narratives et graphiques d'E. P. Jacobs, ils nous offrent le dénouement d'un récit qui s'interrompait brusquement. Bien sûr, cet opus est à lire en mode « vintage ». Le découpage de l'histoire, les formules stylistiques, la naïveté et le côté très stéréotypé des personnages sont à prendre au second degré. Les plus âgés se souviendront de leurs lectures, enfants, de séries comme *Guy L'Éclair*. N'oublions pas non plus que *Le Rayon U*, sorti durant la Seconde Guerre mondiale, dans le magazine *Bravo*, visait à remplacer les séries américaines censurées par les Allemands. Cette fois, avec *La Flèche Ardente*, Jean Van Hamme tente une explication rationnelle sur la nature même du rayon U. À lire, donc, sans avoir peur de la dimension délicieusement surannée de l'album, un peu comme une Madeleine de Proust.

à Visiter

REVOIR NOTRE-DAME...

Trois ans après le terrible incendie qui a détruit la charpente et la flèche de la cathédrale, emportant dans leur chute une partie des voûtes, la restauration se poursuit activement, à Paris et dans des dizaines d'entreprises à travers le pays. 500 compagnons œuvrent actuellement au cœur du monument le plus visité d'Europe et plus de 1 000 personnes (ingénieurs, architectes, tailleurs de pierre, etc.) sont mobilisées partout en France. Un an avant sa réouverture, prévue en 2024, deux expositions permettent au public de suivre en temps réel ce chantier gigantesque. La première se tient au plus près de l'édifice, sous le parvis ! En descendant quelques marches, nous voilà dans l'Espace Notre-Dame, qui abrite la Maison du chantier et des métiers. Le visiteur est accueilli par une impressionnante maquette de la cathédrale à l'échelle 1/55^e, qui permet de visualiser les opérations clés de la restauration. Dans une salle adjacente, un film immersif, actualisé au fil de l'avancée des travaux, retrace l'évolution depuis le 15 avril 2019. Le visiteur peut ensuite parcourir les huit îlots consacrés à tous les aspects de la restauration et de la sécurisation des travaux. Ici, un mannequin d'orgue miniature peut être manipulé, là on contemple un panneau de vitrail issu de la sacristie représentant la légende de Sainte Geneviève, patronne de la ville de Paris ; plus loin, trois capsules vidéo présentent les métiers de grutier, d'échafaudier et de cordiste. Car l'exposition a aussi pour but de susciter des vocations. N'hésitez pas y aller en famille !

Espace Notre-Dame (entrée face au 6, rue de la Cité) – Paris 4^e. Entrée libre et gratuite, sans réservation. Du mardi au dimanche, de 10 h à 20 h.

ASSUMED

Assumed, c'est :

+ de 50 000 contrats souscrits
+ de 44 000 adhérents

l'association leader au service
de la prévoyance des médecins.

Dr Yves DECALF
président

Afin que vos contrats restent en permanence adaptés à vos besoins, ils sont régulièrement réexaminés et au besoin renégociés par des confrères engagés dans la vie professionnelle.

ASSUMED
79 rue de Tocqueville,
75017 Paris
Tél : 01 43 18 88 10

SN-MCR

Cotisation :
66€ pour 2023

***Pour comprendre & participer
à l'avenir de votre retraite***

Pour connaître les meilleures dates possibles de liquidation de votre retraite, **une étude gratuite** est proposée par le SN-MCR à ses adhérents.

Indiquez-nous, par courriel, votre **date de naissance** (JJ/MM/AA), le **nombre de trimestres cotisés TOUS régimes de base** (à recueillir sur www.info-retraite.fr), la **date du relevé** et, si possible, la ou les **dates souhaitées pour la liquidation**.





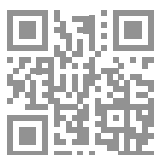
OUI, **vosre retraite peut** **ressembler à celle** **dont vous avez rêvé**

Votre conseiller MACSF vous accompagne pour :

- ✓ estimer vos revenus et vos futurs besoins à la retraite,
- ✓ adapter votre stratégie d'épargne avec des solutions évolutives,
- ✓ optimiser votre fiscalité selon votre situation.

Ensemble, prenons soin de demain

Pour tout savoir sur notre offre,
flashez ce code



3233

Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

PUBLICITÉ