Janvier 2023
n° 1357

le Médecin de France

Le journal de la CSMF
Confédération des Syndicats Médicaux Français

Des vœux, oui… mais du concret !

la Rencontre

Franck Devulder, Président de la CSMF
Michel Chassang, Vice-président du Conseil économique, social et environnemental

Brèves & Personnalités

Jean-Philippe Seta
Éric Chenut
Jean-François Delfraissy
Dominique Libault

la Parole à notre partenaire

Lutte contre les rendez-vous non honorés, logiciels nouvelle génération, coordination des soins… : **Cap sur 2023 avec Doctolib**

oui, votre assurance vie peut aussit être un *choix de conviction*

Choisir la MACSF pour son épargne, c'est opter pour :

- ✓ des supports financiers rigoureusement sélectionnés par notre équipe financière,
- ✓ une solution d'épargne adaptée à votre profil d'épargnant et à vos besoins,
- ✓ un conseiller, non commissionné, à votre écoute.

Il existe un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte*.
Avant tout investissement, consultez un conseiller MACSF.

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

Pour en savoir plus, flashez ce code

PUBLICITÉ

* L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. La description et le fonctionnement des supports en unités de compte sont détaillés dans la notice d'information du contrat, dans les Documents d'Information Clés (DIC) et dans les Documents d'Information Clés pour l'Investisseur (DICI) ou dans les documents équivalents agréés par l'AMF, disponibles sur la page Supports financiers du site macsf.fr.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la Vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095 - Sièges sociaux : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresses postales : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 - 92919 LA DEFENSE CEDEX.

22_553 - 09/2022 - Création : dps - Crédit photo : Getty Images

Écoutés **mais pas entendus !**

Les vœux du président de la République laissent un sentiment d'amertume pour les médecins libéraux.

Sur la forme tout d'abord. En choisissant de présenter ses vœux depuis un hôpital public, en n'invitant aucun corps intermédiaire ni aucun médecin libéral, en conviant la rapporteuse d'un projet de loi visant à donner un accès direct aux IPA en dehors de tout exercice coordonné et protocolisé, le chef de l'État semble avoir choisi son camp.

Oui Monsieur le Président, la CSMF porte une politique de droits et de devoirs. Oui Monsieur le Président, nous sommes convaincus du nécessaire engagement populationnel. Mais, Monsieur le Président, nous ne réussirons pas sans donner de moyens à la médecine libérale, premier acteur dans l'accès aux soins des Français. Les 2 dernières années vous ont prouvé que notre agilité et notre engagement face à une pandémie inédite étaient sans faille. Vous nous demandez aujourd'hui d'en faire plus sans nous en donner les moyens.

Monsieur le président de la République, vous nous avez écoutés. Entendez-nous, entendez la médecine libérale française qui réalise 8 consultations sur 10 dans notre pays soit deux millions de consultations par jour. Nous saurons ne pas vous décevoir et répondre, comme nous l'avons toujours fait, aux besoins de soins des Français. Mais pour cela nous avons besoin de moyens qui vont bien au-delà d'un ONDAM de ville plus de 3,5 % sous le niveau de l'inflation, une première en 25 ans.

Monsieur le président de la République, entendez-nous et donnez à la médecine libérale française les moyens de ses ambitions !

Dr Franck Devulder
Président de la CSMF

4 | la Rencontre
Franck Devulder, Président de la CSMF
Michel Chassang, Vice-président du Conseil économique, social et environnemental

8 | Brèves & Personnalités
4 personnalités
Biologistes : la détermination a payé
LFSS 2023 : 12 articles censurés
Les chiffres

10 | la Parole à notre partenaire
Lutte contre les rendez-vous non honorés, logiciels nouvelle génération, coordination des soins… : Cap sur 2023 avec Doctolib

12 | le Dossier
Des vœux, oui… mais du concret !

18 | Coordination & Santé
Loiret, Corse, Pays de la Loire

20 | Innovation & Santé
Urgo Medical : en route vers la peau artificielle
L'Agence de l'Innovation en Santé sur les rails

23 | Société & Santé
Téléconsultation : une pratique citadine ?
Don de sang : François Braun sonne la mobilisation générale
Qualité de vie des soignants : une enquête inédite

24 | en Pratique
SEL : un nouveau régime d'imposition pour les associés

25 | à Quoi ça sert ?
Projet Régional de Santé : une année charnière

26 | les Loisirs
À déguster, à lire, à visiter

ABONNEZ VOUS
le Médecin de France
sur www.csmf.org

le Médecin de 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 1er juin 1978 • **Associés** CSMF et ACFM • **Gérant & Directeur publication** Franck Devulder • **Rédacteur en chef** Laurent Verzaux • **Rédaction** Hervé Réquillart • **Crédits photos** Cocktail Santé • **Réalisation, Impression et Distribution** Compédit Beauregard 61600 La Ferté-Macé – Normandie • **Abonnement** 65 € par an pour 10 numéros • **Commission paritaire** 1219 G 82702 • **Dépôt légal** Janvier 2023 • **CPPAP** 1224 G 82707

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

la Rencontre

Franck Devulder
Président de la CSMF

« Le conflit de la dernière chance »

Engagé dans la dernière ligne droite de la négociation conventionnelle, Franck Devulder souligne à quel point il est indispensable de donner de nouveaux moyens à la médecine de ville. Une profession en profonde déshérence, dont l'avenir conditionnera l'évolution du système de santé et l'accès à des soins équitables et de qualité pour tous les Français.

QU'EST-CE QUE LE CONFLIT ACTUEL NOUS DIT DE L'ÉTAT DE LA MÉDECINE DE VILLE ?

Il témoigne de la profonde crise d'identité vécue par notre corps professionnel. Par son intensité, par son déroulement – des revendications tarifaires radicales portées en dehors des syndicats représentatifs – il rappelle le mouvement de 2002, quand des coordinations s'étaient spontanément constituées pour exprimer la colère des médecins généralistes. Cependant, le contexte est très différent. En 2002, le mouvement, initié par le président de l'UNOF, Michel Chassang, était essentiellement tarifaire. Mais, contrairement à aujourd'hui, il n'était pas encore question de difficultés d'accès aux soins. On sortait à l'époque du mythe de la pléthore médicale (souvenons-nous du MICA, cinq ans plus tôt !), qui a culminé avec les mauvaises décisions sur la gestion des effectifs à travers le *numerus clausus*. Ce qui se joue, en 2022 et 2023, ce n'est rien moins que l'avenir même de la profession de médecin libéral. Les médecins libéraux le sentent, qui expriment, à travers leurs opinions relayées à l'occasion de ce conflit, la peur du déclassement, l'impression de ne pas être reconnus pour les services rendus à la population. Au lieu d'y répondre, les pouvoirs publics font la sourde oreille. Ils soutiennent des initiatives politiques délétères, comme la PPL Rist qui entend organiser des transferts de tâches sans concertation, ils tergiversent en votant un ONDAM sans rapport avec les enjeux de l'accès aux soins, en refusant d'investir de façon transparente dans la prochaine convention médicale.

LES FAUSSES BONNES IDÉES SE MULTIPLIENT, QUI VISENT À RESTREINDRE LA LIBERTÉ PROFESSIONNELLE ET À ENTRAVER LES CONDITIONS D'EXERCICE. QUELLES CONSÉQUENCES À TERME POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Je le dis sans détour : continuer dans cette voie reviendra à accroître les difficultés des Français à accéder à une prise en charge de qualité. Prenons l'exemple des IPA, qu'on présente désormais comme la panacée : elles sont à peine 700, dont 40 seulement installées en libéral. L'assurance-maladie leur accorde un forfait de 50 euros par trimestre pour le suivi d'un patient chronique : cela signifie que le médecin traitant devrait voir deux fois par trimestre son patient – huit fois par an ! – pour obtenir le même tarif ! Autant dire que les médecins généralistes ne sont pas incités à adresser leurs patients aux IPA. Il faut l'affirmer, sans remettre en cause les compétences des autres professions : seul le médecin a le niveau d'expertise nécessaire, en lien avec ses correspondants spécialistes, pour garantir la qualité de suivi des patients chroniques, en particulier pour les cas les plus complexes. Autre exemple dans ce risque de perte de qualité : le président de la République a indiqué, lors de ses vœux, que le seuil de 20 % maximum de téléconsultations par praticien sera supprimé. On retrouve l'obsession libérale du premier Emmanuel Macron, quand il combattait les taxis ou les notaires. La conséquence est évidente : une offre commer-

ciale de plateformes va se développer, proposant des téléconsultations en dehors du parcours de soin et faisant le lit de la « bobologie ». Nous sommes déjà approchés de façon agressive par des opérateurs qui nous proposent 5 000 euros pour les rejoindre, et le double si nous faisons venir un confrère. Qui peut croire que c'est cette médecine qui constitue la solution aux difficultés d'accès aux soins ?

VOUS ENTREZ DANS LA DERNIÈRE PHASE DE LA NÉGOCIATION CONVENTIONNELLE. EN QUOI EST-ELLE DÉCISIVE POUR L'AVENIR DE LA MÉDECINE LIBÉRALE ?

C'est, selon moi, la négociation de la dernière chance. Les pouvoirs publics doivent comprendre qu'il faut un signal fort pour les médecins de ville. Il faut des moyens conséquents pour entrer dans un nouvel âge de la médecine libérale. La CSMF propose quatre niveaux de consultations (30, 60, 75 et 105 euros). La hiérarchisation, que la CNAM semble accepter dans son principe, est essentielle pour recréer de l'attractivité pour nos métiers. Elle donne du sens à nos actes, elle valorise l'expertise que nous apportons au service des Français et pour laquelle nous nous formons tout au long de notre carrière. Fidèle à sa conception des droits et devoirs, la CSMF propose en échange que le nombre des consultations de niveau 2 soit limité chaque année, dans le cadre du suivi des patients chroniques. Ce dispositif aurait deux mérites : d'abord il dégagerait du temps médical disponible pour d'autres patients, d'autre part il permettrait de déléguer ce suivi à d'autres professionnels, avec partage d'information coordonnée avec le médecin traitant.

> « Ce qui se joue, en 2022 et 2023, ce n'est rien moins que l'avenir même de la profession de médecin libéral.

AU-DELÀ DES TARIFS, COMMENT RENDRE PLUS ATTRACTIF LE MÉTIER DE MÉDECIN LIBÉRAL, EN PARTICULIER POUR LES JEUNES GÉNÉRATIONS ?

Les tarifs sont un préalable incontournable, mais ils ne sont bien entendu pas le seul levier à actionner. Les jeunes médecins ont besoin de perspectives de carrière concrètes, ils aspirent à exercer de façon regroupée, en coordination avec les autres professionnels, dans un cadre d'exercice organisé pour leur permettre une vraie qualité de vie, personnelle et professionnelle. Il faut d'abord multiplier les terrains de stage dès le 2e cycle pour qu'ils puissent percevoir les atouts du libéral. Il faut simplifier les conditions d'exercice et les aides à l'installation, favoriser l'exercice multisites pour ceux qui le souhaitent, financer des postes d'assistants médicaux pour tous, à la hauteur des besoins. Certains voudront aller plus loin et investir dans de vraies entreprises libérales de santé : ils doivent pouvoir salarier facilement des confrères, et bien entendu d'autres professionnels de santé. Nous militions, à la CSMF, pour un véritable contrat d'engagement populationnel, à l'échelle des territoires. À charge, pour l'assurance-maladie de faciliter leur déploiement et de s'entendre avec ces organisations sur des objectifs de prise en charge des citoyens, mais également sur des programmes de prévention et d'éducation à la santé. Ces organisations doivent également être en mesure d'investir dans l'innovation en santé, au profit de leurs patients : aujourd'hui, un médecin français y consacre en moyenne 0,5 % de son chiffre d'affaires annuel, contre 9 % aux États-Unis ! Ne nous y trompons pas : si les médecins ne sont pas incités à le faire, ce sont des investisseurs extérieurs à la santé qui le feront à leur place. La financiarisation de la santé, un secteur économique rentable par nature, est une menace par nature dont il faut nous prémunir : les projets actuels de centres de soins non programmés en témoignent. C'est, demain, une vraie médecine à deux vitesses qui se dessine, et qu'il faut à tout prix empêcher.

la Rencontre

Michel Chassang

Vice-président du Conseil économique, social et environnemental

« Le risque du *burn-out* collectif »

LE CONFLIT ACTUEL A-T-IL DES POINTS COMMUNS AVEC LA BATAILLE DU C À 20 EUROS, QUE VOUS AVEZ MENÉE IL Y A VINGT ANS ?

Il n'y a pas vraiment de similitude entre les deux conflits. À l'époque, nous étions dans un contexte particulier. Nous sortions de la maîtrise comptable, du reversement collectif et des lettres-clés flottantes, que la CSMF était parvenue à faire annuler par le Conseil Constitutionnel. Le mouvement portait sur une revendication tarifaire forte, mais également sur l'amélioration de l'exercice professionnel. La permanence des soins, non reconnue, non organisée et non valorisée, était au cœur du combat. C'est l'UNOF, que je présidais, qui a lancé le slogan du C à 20 euros, avant d'être suivie par les autres syndicats et les coordinations. Aujourd'hui, le mouvement du C à 50 euros est parti de quelques médecins mobilisés sur les réseaux sociaux, qui ne se connaissent pas entre eux et n'ont pas de propositions autres que le doublement de la consultation. Autre différence avec 2002, nous sommes actuellement dans une phase de négociation conventionnelle, qui cristallise les positions et ne facilite pas le dialogue avec l'assurance-maladie et les pouvoirs publics.

> « La crise d'identité de la médecine de ville est à son paroxysme…

COMMENT AVEZ-VOUS VU ÉVOLUER LA SITUATION DE LA MÉDECINE DE VILLE EN VINGT ANS ?

Je dirai que, malheureusement, les choses n'ont pas beaucoup changé. La crise d'identité de la médecine de ville est à son paroxysme, mais les pouvoirs publics ne semblent pas prêts à la prendre en compte. Le Covid-19 a révélé les tensions très fortes à l'hôpital, elles sont indéniables et méritaient un effort particulier. Cependant, il n'est pas équitable. Le gouvernement a pensé, à tort, qu'en investissant massivement et exclusivement à l'hôpital, il résoudrait le problème de l'offre de soins. Or, ces choix accroissent le mal-être professionnel des médecins de ville, qui se sentent méprisés et oubliés. Et les patients en paient le prix. La perte d'attractivité de la médecine de proximité a entraîné des difficultés d'accès aux soins. C'est une forme de « *burn-out* » collectif qui se profile en médecine de ville, symbolisé par la revendication du C à 50 euros. Bien qu'irréaliste sur le plan économique, la demande traduit la désespérance des praticiens de ville.

COMMENT RÉENCHANTER LA MÉDECINE DE VILLE ?

C'est l'enjeu majeur de la décennie, et c'est la seule voie pour espérer améliorer l'accès aux soins. Il faut revoir en profondeur notre modèle, qui n'est plus adapté à la situation. L'ONDAM doit être calculé à partir des besoins effectifs de santé, il doit être réellement pluri-annualisé et consentir de réels investissements au profit de la médecine de ville. La prochaine convention est une opportunité à ne pas rater. La hiérarchisation des consultations proposée par la CSMF va dans le bon sens. Les actes complexes doivent être valorisés, ce qui permettra également de favoriser la délégation d'actes, dans un cadre protocolisé, aux autres professionnels de santé. La convention doit favoriser le regroupement professionnel, le travail en équipe, la coordination des soins et la promotion des actes de prévention. Enfin, il faut coûte que coûte préserver la liberté d'installation et le paiement à l'acte. Mais les médecins libéraux doivent accepter des contreparties. Il leur revient de s'organiser pour couvrir la demande des Français sur tous les territoires. Et le paiement à l'acte reste le meilleur levier pour augmenter l'offre de soins à destination des patients, notamment chroniques.

LA MÉDICALE ASSURE PRÈS DE 1 MÉDECIN SUR 2*...

C'EST RASSURANT.

Un acteur dédié depuis 1948

- Depuis plus de 70 ans, au service exclusif des métiers de la santé pour vous permettre d'exercer votre activité en toute sérénité.
- Aujourd'hui, partenaire de plus de 280 000 praticiens, libéraux, salariés ou hospitaliers.

Toutes vos protections, professionnelles et privées

- Vous protéger professionnellement : responsabilité civile, prévoyance...
- Sécuriser votre activité : locaux, prêts professionnels, cyber-risque.
- Vous sécuriser dans votre vie privée et préparer vos projets ou votre retraite.

100% humain, 100% digital, 200% à votre service

- Votre Agent Général, un partenaire au quotidien qui se déplace à domicile ou sur votre lieu de travail.
- Pour vous faire gagner du temps, un Espace Client sécurisé et constamment enrichi de nouvelles fonctionnalités.

Contactez vite votre Agent Général

N°Cristal 0 969 32 4000

APPEL NON SURTAXE

*45,4% des médecins ont souscrit au moins un contrat d'assurance auprès de La Médicale au 31 décembre 2021.

La Médicale - S.A. au capital entièrement libéré de 14 091 576 € - Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75010 Paris - Immatriculée sous le numéro 582 068 698 RCS Paris. Les conditions, limites et exclusions du contrat figurent dans la notice d'information du contrat. Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en Avril 2022

MAJ 100123

lamedicale.fr

La médicale

assure les professionnels de santé

Jean-Philippe **Seta**

Ancien dirigeant de Servier

L'ancien n° 2 de Servier, qui dirigea de façon effective le laboratoire jusqu'à la mort de son fondateur en 2014, est la principale personnalité mise en cause dans le procès en appel sur l'affaire du Mediator®. Rouvert le 9 janvier, il doit se tenir jusqu'au 28 juin. Seul le laboratoire et son dirigeant ont fait appel, au contraire des agences et autorités réglementaires déjà condamnées. L'enjeu est de taille pour eux, alors que le procès initial, il y a deux ans, les avaient condamnés à 187 millions d'euros d'indemnités et 2,7 millions d'euros d'amende, pour tromperie, homicides et blessures aggravées. Jean-Philippe Seta avait été condamné à titre personnel à quatre ans de prison avec sursis et 90 600 euros d'amende.

Éric **Chenut**

Président de la Mutualité Française

La Mutualité Française évalue à + 4,7 % la hausse moyenne des tarifs des complémentaires santé en 2023. Un chiffre inférieur à l'inflation (+ 5,9 %), mais au-delà des deux années précédentes (+ 3,4 % et + 2,6 %), avec une hausse plus soutenue pour les contrats collectifs (+ 5,7 %) par rapport aux contrats individuels (+ 4,1 %). Une augmentation que le président de la Mutualité Française justifie par « l'effet rebond du Covid-19 en 2021 et 2022 », par de nouveaux transferts de charge cette année, ainsi que par la rentabilité négative des assureurs sur le volet santé (– 0,2 %), confirmée par une enquête de la DREES parue en décembre.

en Brèves

BIOLOGISTES : LA DÉTERMINATION A PAYÉ

En conflit depuis trois mois avec les pouvoirs publics et l'assurance-maladie, les biologistes sont finalement parvenus à un accord sur le plan d'économies demandé. Le 10 janvier, l'Alliance de biologie médicale, qui rassemble toutes les composantes de la profession a publié un communiqué pour annoncer la suspension du mouvement de grève lancé en fin d'année. L'accord prévoit une baisse des financements des laboratoires de biologie de 250 millions d'euros, uniquement sur l'exercice 2023. Pour les années 2024 à 2026, le montant des économies, initialement prévu à plus de un milliard d'euros, n'est plus programmé. La baisse de la lettre-clé pour 2023 se limite à un centime, au lieu des 2 centimes exigés au départ. Et une négociation va s'ouvrir avec le ministère de la Santé dès janvier, dans le but de « repenser le fonctionnement de la biologie et son rôle dans le parcours de soins des patients ». L'ABM appelle à des États généraux de la biologie médicale « afin que le prochain protocole sorte d'une gestion purement comptable pour traiter des enjeux d'innovation, de prévention et la place accrue que peut jouer la biologie dans les parcours de soins à l'avenir ». Les biologistes préviennent cependant que « cet accord n'est qu'un premier pas, et la vigilance reste de mise ».

LFSS 2023 : 12 ARTICLES CENSURÉS

Avant sa promulgation fin décembre, la LFSS 2023 est passée, comme chaque année, par les fourches caudines du Conseil Constitutionnel. Dans son avis du 20 décembre, l'assemblée des Sages valide d'abord sans réserve l'emploi du 49.3 pour le vote de la loi et rejette les recours en « insincérité » sur les grands équilibres financiers du texte. En revanche, le Conseil constitutionnel censure plusieurs mesures, dont la suppression des indemnités journalières pour des arrêts de travail prescrits en téléconsultation, hors médecin traitant ou médecin ayant vu le patient dans l'année précédente. Le Conseil Constitutionnel considère que l'identité du prescripteur « ne permet d'établir que l'arrêt de travail aurait été indument prescrit » en cas de téléconsultation. Autre mesure « retoquée », le dispositif d'encadrement du recours à l'intérim en sortie d'école dans les établissements de santé devra être revu par l'exécutif. Enfin, il censure également 11 mesures relevant, selon lui, de la catégorie des « cavaliers sociaux », c'est-à-dire sans impacts budgétaires et ne pouvant donc figurer dans une loi de financement.

Jean-François **Delfraissy**

Président du CCNE

Le Comité consultatif national d'éthique, qu'il préside, a rendu le 10 janvier un avis sur la thématique « IA et diagnostic médical ». Il s'interroge sur les nombreux risques de biais, à commencer par le choix des bases de données sur lesquelles sont entraînés ces programmes informatiques, lesquelles doivent donc être « elles-mêmes évaluées, en soulignant la règle d'or de "l'explicabilité" : un médecin doit toujours pouvoir expliquer ce que l'IA a découvert ou suggéré. Il ne faut pas "se priver des avantages apportés par ces outils", mais se donner "constamment les moyens de prendre de la distance avec le résultat fourni", insiste le CCNE ».

Dominique **Libault**

Président du Haut-Conseil du financement de la protection sociale

Le Haut-Conseil du financement de la protection sociale, qu'il préside, a rendu mi-décembre une note très critique sur les prévisions de dépenses qui ont conduit à l'élaboration de l'ONDAM pour 2023. Il évoque notamment les pressions liées aux difficultés d'accès aux soins, qui appellent à de nécessaires revalorisation pour soutenir l'offre de soins. « Par le passé, l'Ondam a toujours progressé plus rapidement que les prix, même si le différentiel pouvait être mineur certaines années », rappelle le conseil, qui ne serait pas surpris d'« une révision de l'Ondam par rapport à sa construction initiale ».

en Chiffres

5 millions

C'est, d'après les Nations Unies, le nombre d'enfants décédés en 2021 avant d'atteindre l'âge de cinq ans, la moitié étant même morts avant leur premier mois de vie. Des chiffres qui alarment les experts, témoignant de la stagnation de la mortalité infantile, et qui appelle à renforcer l'accès aux soins primaires pour les enfants.

654 492

C'est le nombre de décès recensés du 1er janvier au 24 décembre 2022 en France, d'après les données provisoires communiquées par l'Insee le 6 janvier C'est beaucoup plus qu'en 2019 (+ 8,9 %), autant qu'en 2020, et davantage qu'en 2021 (+ 1,2 %) sur la même période. En cause, d'abord, le vieillissement naturel de la population, mais aussi le Covid-19 et l'été caniculaire.

51 %

C'est, d'après un sondage d'Elabe la proportion de Français qui déclarent avoir un accès « compliqué, long ou partiel » aux services de soins là où ils vivent, soit un bond de 19 points par rapport à la précédente étude, menée en octobre 2021. Et un sondé sur 10 dit n'avoir aucun accès à un médecin généraliste, un spécialiste ou un hôpital.

Lutte contre les rendez-vous non honorés, logiciels nouvelle génération, coordination des soins… : **Cap sur 2023 avec Doctolib**

Alors que Doctolib soufflera sa 10e bougie cette année, l'entreprise bleu blanc rouge continue de diversifier son offre de services et propose un panel de services allant du logiciel métier à l'agenda en ligne, en passant par la téléconsultation ou la messagerie instantanée de santé. Ces innovations servent un seul but : simplifier la vie des médecins pour libérer du temps médical et *in fine*, améliorer l'accès aux soins pour tous.

Jonathan Favre, médecin-généraliste à Villeneuve-d'Ascq (59), membre du Comité médical[1] de Doctolib, et Arthur Thirion, Directeur général de Doctolib France, présentent les grands enjeux 2023 de la première entreprise européenne des services numériques en santé.

LOGICIEL MÉTIER, OUTIL DE COORDINATION DES SOINS, AGENDA ET TÉLÉCONSULTATION : DOCTOLIB PROPOSE TOUS LES ANS DE NOUVEAUX OUTILS POUR LE CABINET MÉDICAL DE DEMAIN. QUELLES SERONT LES GRANDES INNOVATIONS POUR 2023 ?

Arthur Thirion : Chez Doctolib, nous avons la conviction que ce sont les médecins qui innovent au quotidien, au sein de leur cabinet, en créant les parcours de soins coordonnés sur leur territoire ou au sein de leur MSP, en proposant la téléconsultation pour le suivi de certains de leurs patients, etc.

Notre objectif, c'est de leur apporter les bons outils pour faciliter leur exercice au quotidien, sur toutes les facettes de leur métier : **être utile, simple, accessible à tous.**

Prenons l'exemple de **Doctolib Team** : lancé en 2022, notre service de coordination des soins est déjà utilisé activement par plus de 25 000 professionnels de santé en France et notamment au sein de plus de 70 CPTS que nous équipons. Nous continuerons de développer très largement l'outil cette année.

En 2023 nous poursuivrons le développement de **notre logiciel métier co-construit avec 2 000 médecins et labellisé Ségur** et nous développerons **de nouvelles fonctionnalités pour les spécialistes comme les cardiologues, dermatologues, ORL et chirurgiens.**

1. Le Comité médical de Doctolib accompagne l'entreprise sur tous les grands enjeux stratégiques. Créé en 2020, il est composé de 13 professionnels de santé qui se réunissent tous les mois avec les dirigeants de l'entreprise et interviennent sur une diversité de sujets : du développement de nouvelles fonctionnalités aux grands axes stratégiques sur l'accès aux soins ou les rendez-vous non honorés.

COMMENT GARANTISSEZ-VOUS QUE VOS SERVICES RÉPONDENT AUSSI À DE HAUTES VALEURS ÉTHIQUES POUR LES MÉDECINS ET LES PATIENTS QUI LES UTILISENT ?

Arthur Thirion : Les enjeux éthiques du numérique en santé ont toujours été au cœur de notre approche et nous travaillons de concert avec tout l'écosystème sur ces sujets. **Notre priorité, c'est bien sûr celle de la sécurité et la confidentialité des données échangées sur Doctolib** et nous investissons massivement sur ce sujet.

- **Le respect de la vie privée de nos utilisateurs est un impératif :** nous respectons les réglementations en vigueur sur le sujet et bien sûr nous ne vendons pas les données de nos utilisateurs. Notre modèle économique repose principalement sur un abonnement payé par les professionnels et établissements de santé pour l'utilisation de nos services.
- En termes de sécurité : **nous nous efforçons d'aller au-delà des standards de l'industrie de santé et fournissons à nos utilisateurs des normes de sécurité avancées.** Toutes les données sont chiffrées, au repos et en transit, en lieu sûr, en France ou en Europe, sur des serveurs labellisés « Hébergeurs données de santé » et fréquemment audités par des organismes tiers et indépendants.

Ce sujet est une priorité, mais bien sûr nous travaillons sur d'autres enjeux tout aussi importants, et notamment pour nos utilisateurs, comme **le respect du parcours de soin et le rôle du médecin traitant, l'information aux patients, etc.**

Jonathan Favre : **Le Comité médical a compagne Doctolib sur ses questionnements éthiques depuis maintenant trois ans.** Attentif au respect du parcours de soin, je suis par exemple rassuré de constater que chez Doctolib :

- Dans le soin primaire, plus de 80 % des patients qui cherchent un professionnel de santé sur Doctolib le font directement par le nom de ce professionnel.
- 80 % des téléconsultations sont effectuées par un patient déjà connu par le médecin.

Par ailleurs, le Comité médical se rassemble tous les mois pour travailler sur d'autres enjeux éthiques comme **l'accès aux soins, la protection des données, la décision d'octobre 2022 de ne conserver que les professionnels de santé référencés par les autorités de santé sur Doctolib, etc.**

COMMENT DOCTOLIB SOUTIENT-IL LES MÉDECINS DANS LEUR MISSION QUOTIDIENNE POUR L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SOINS ?

Arthur Thirion : Nous développons tous nos services avec le même et unique objectif : libérer du temps médical. C'est parce que nous faisons cela que nous améliorons la qualité de vie au travail des professionnels de santé et l'accès aux soins pour tous les patients, sur tous les territoires. **Au-delà de ces services, nous allons continuer à nous engager pour améliorer l'accès aux soins en France par les innovations organisationnelles, dans un contexte où la ressource médicale n'est pas illimitée, au contraire.**

Jonathan Favre : Au sein du Comité médical, nous travaillons depuis un an maintenant sur la possibilité pour Doctolib de mesurer certains indicateurs d'accès aux soins *via* les statistiques d'usages de ses services.

Je peux d'ores et déjà en partager quelques-uns que nous continuerons à creuser avec des partenaires en 2023 :

- Plus de 80 % des créneaux de rendez-vous médicaux sont ouverts à la prise de rendez-vous en ligne sur Doctolib.
- 40 % des réservations se font en dehors des heures d'ouverture des secrétariats.
- Près d'une consultation sur deux est effectuée dans les 48 heures suivant la prise de rendez-vous chez les médecins généralistes utilisateurs de Doctolib.

Ces chiffres témoignent d'une réalité importante :
les médecins sont au service de l'accès aux soins sur tout le territoire et les innovations organisationnelles et technologiques permettent de relever ce défi.

LES RENDEZ-VOUS NON HONORÉS REPRÉSENTENT AUJOURD'HUI UN VRAI CALVAIRE POUR LES MÉDECINS ET LES PATIENTS. COMMENT DOCTOLIB S'ENGAGE SUR CE SUJET ?

Arthur Thirion : Le sujet des rendez-vous non honorés est directement lié à notre enjeu premier : rendre du temps médical et donc favoriser l'accès aux soins. Sur ce sujet, nous partageons le constat des médecins : **les rendez-vous non honorés sont trop nombreux et tous les acteurs de la santé doivent prendre leur part pour lutter contre ce phénomène, sans stigmatiser les patients ni restreindre l'accès à la santé !** Depuis nos débuts, nous sommes engagés sur le sujet, avec plusieurs fonctionnalités clés qui font leurs preuves : les rappels email et SMS, le fait de ne pas pouvoir cumuler les rendez-vous avec des professionnels d'une même spécialité sous sept jours consécutifs, les listes d'attentes, etc.

Concrètement, en 2023 nous voulons aller plus loin et avons déjà réuni une équipe, avec notre Comité médical, pour proposer de nouvelles actions !

Jonathan Favre : En octobre 2022, Doctolib m'a proposé de rejoindre le groupe de travail sur les rendez-vous non honorés et nous nous sommes fixés un objectif simple : **contribuer à la lutte contre les rendez-vous non honorés.** Lors de nos ateliers, nous avons réfléchi aux **nouvelles fonctionnalités** à mettre en place : retravailler les délais d'annulation, demander au patient les raisons de son annulation tardive, renforcer notre système de rappels, etc.

Nous avons aussi mené une réflexion sur les statistiques issues des logiciels Doctolib afin de **chiffrer ce phénomène** et d'en comprendre les schémas. Enfin, nous réfléchissons à la mise en place d'une **campagne de sensibilisation à destination des patients** sur les effets délétères des rendez-vous non honorés pour tout le système de soin. Nous dévoilerons les résultats de ces travaux début 2023.

le Dossier

Des vœux, oui… mais du concret !

Derrière les vœux du président de la République au monde de la santé, le 6 janvier dernier, bien malin qui pourrait prédire les desseins de l'exécutif pour refonder le système de santé et offrir de vraies perspectives professionnelles aux médecins libéraux. Un début d'année en trompe-l'œil, donc, à défaut d'indiquer clairement quelle sera l'enveloppe de revalorisation envisagée pour la future convention médicale.

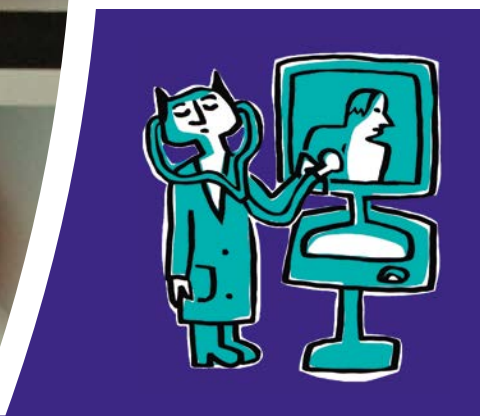
Le 6 janvier, dans un hôpital du sud de la Région Île-de-France, Emmanuel Macron inaugurait un exercice inédit : ses vœux au monde de la santé. Preuve de l'importance politique du sujet, quand les médecins libéraux manifestent et font grève, quand le personnel hospitalier craque à force de monter au front contre les épidémies et de constater les départs massifs de soignants. Une initiative à saluer, même si aucun corps intermédiaire n'avait été convié à l'événement. Aucun représentant syndical, donc, comme si le président de la République ne souhaitait pas s'appuyer sur ces relais, pourtant indispensables pour mener des transformations de fond dans l'univers de la santé. Une réponse « du berger à la bergère », quand les politiques et la plupart de syndicats avaient boudé en octobre le lancement du Conseil National de la Refondation ? Quoi qu'il en soit, ce fut du « Emmanuel Marcon » dans le texte : un diagnostic brillant mais déjà connu, quelques promesses bien venues mais pour l'instant sur le papier… et un océan d'incertitudes, en particulier pour une médecine de ville qui réclame des moyens concrets pour améliorer l'accès aux soins de tous les Français.

REVALORISER… MAIS COMBIEN ?

De fait, le chef de l'État aura d'abord et avant tout consacré son discours au secteur hospitalier. Avec des annonces attendues, comme la sortie progressive de la T2A, un tandem médico-administratif à la tête des établissements et une plus grande autonomie pour les services. Du côté des soins de ville, son discours aura été nettement plus ambigu. Tout en reconnaissant la nécessité de revaloriser les honoraires en médecine générale, il ne s'est engagé sur aucun montant. Il a appelé cependant « à des contreparties en termes d'accès aux soins et d'efficience des pratiques », en particulier pour les 600 000 patients en ALD sans médecin traitant. Il a eu par ailleurs une expression qui fait bondir les représentants des médecins libéraux, en estimant que le médecin traitant ne devait pas être « le verrou de l'accès aux soins ». Une formule limpide, au moment où le gouvernement soutient l'examen de la PPL Rist organisant l'accès direct pour les kinés et les orthophonistes et l'extension des prérogatives des IPA en matière de prescription.

10 000 ASSISTANTS MÉDICAUX

Afin de favoriser l'augmentation du temps médical, Emmanuel Macron a pris un engagement chiffré : créer et financer 10 000 postes d'assistants médicaux d'ici à la fin de l'année 2024, contre 4 000 signés actuellement. Il a également annoncé une meilleure rémunération des gardes en astreintes en ambulatoire. De façon globale, il a repris la formule portée depuis son élection par Franck Devulder : « il faut bâtir un nouveau pacte avec la médecine libérale, un pacte de droits et de devoirs. Nous avons besoin de notre médecine libérale », a-t-il affirmé. Un engagement verbal qui, bien sûr, est à accueillir favorablement. Reste cependant à préciser ce qu'il entend par droits et devoirs, comment il compte les faire vivre. Au 15 janvier, la traduction concrète de ces promesses restait encore floue du côté de l'assurance-maladie, alors que les négociations conventionnelles sont censées s'achever fin février.



Santé : **les dix fausses bonnes idées**

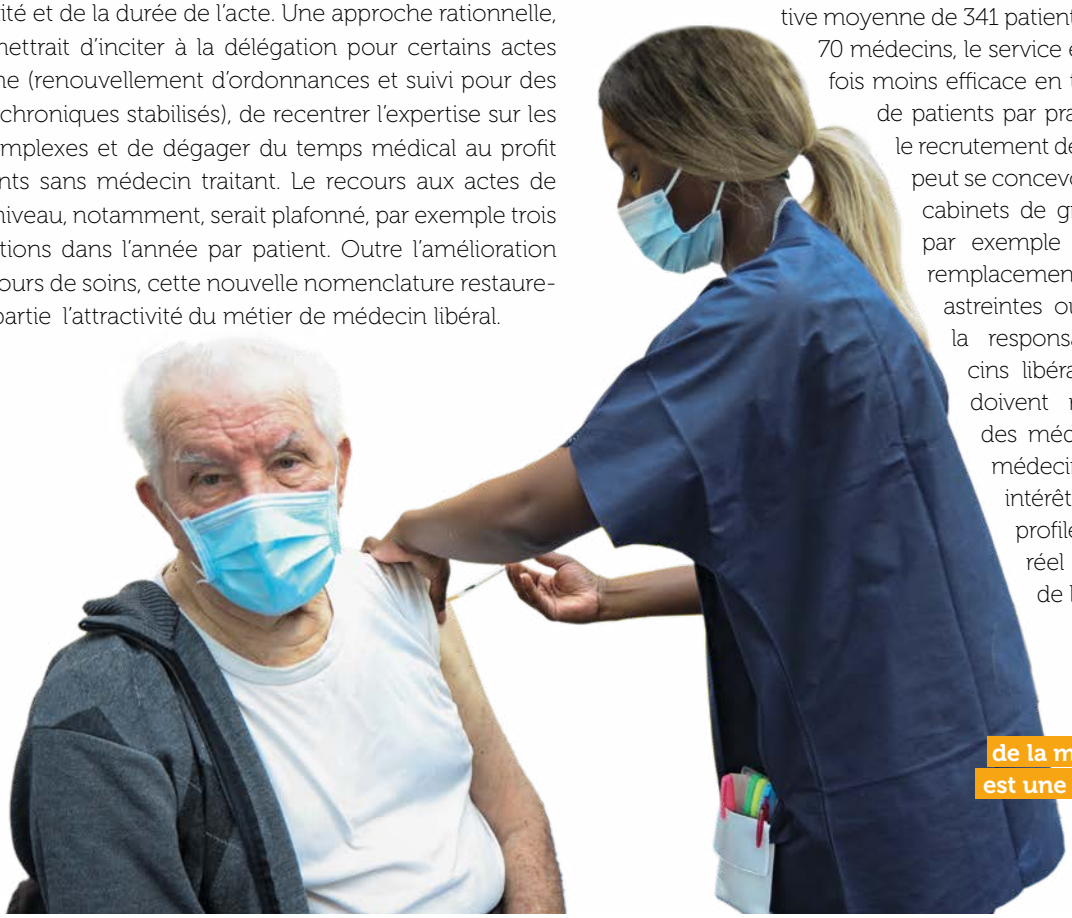
Avec les tensions critiques sur l'accès aux soins, le sujet devient central dans le débat public, avec la multiplication de propositions en tous genres. Comme s'il existait des remèdes magiques pour compenser trois décennies de politique malthusienne en matière d'organisation des soins. Le Médecin de France a listé 10 fausses bonnes idées. Au-delà des incantations, elles montrent une réalité intangible : il faut réinvestir massivement au profit de la médecine de ville, afin de favoriser sa transformation et d'attirer les compétences de demain qui permettront de répondre à la hausse inéluctable de la demande de santé des Français.

1. NE PAS AUGMENTER SUFFISAMMENT LES HONORAIRES

À + 2,9 %, contre + 4,1 % à l'hôpital, l'ONDAM 2023 du poste soins de ville en témoigne. Les pouvoirs publics n'entendent pas augmenter substantiellement les honoraires en médecine de ville. Depuis les débuts de la négociation conventionnelle, la CNAM se refuse à fixer ses intentions en termes d'enveloppe budgétaire. Tout juste concède-t-elle le principe d'une hiérarchisation des actes, sans propositions concrètes au 15 janvier, soit à six semaines de l'échéance de la négociation. Cette position défensive a pour conséquence de radicaliser les tenants du mouvement Médecins pour demain. Leur revendication du C à 50 euros est irréaliste sur le plan économique, (sept milliards d'euros d'impact budgétaire annuel), mais non dénuée de fondement, par rapport à la moyenne des rémunérations des généralistes dans les pays de l'OCDE. La CSMF, pour sa part, défend le principe de quatre niveaux de rémunération (30, 60, 75 et 105 euros), en fonction de la complexité et de la durée de l'acte. Une approche rationnelle, qui permettrait d'inciter à la délégation pour certains actes de routine (renouvellement d'ordonnances et suivi pour des patients chroniques stabilisés), de recentrer l'expertise sur les actes complexes et de dégager du temps médical au profit de patients sans médecin traitant. Le recours aux actes de second niveau, notamment, serait plafonné, par exemple trois consultations dans l'année par patient. Outre l'amélioration des parcours de soins, cette nouvelle nomenclature restaurerait en partie l'attractivité du métier de médecin libéral.

2. DÉVELOPPER LA MÉDECINE SALARIÉE AU DÉTRIMENT DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

C'est une option défendue par des élus locaux, dont certains ont décidé de salarier des généralistes à l'échelle de leur commune ou de leur agglomération. C'est également une tendance qui se profile avec le déploiement des centres de soins non programmés ou l'essor de plateformes de téléconsultation. En dehors de quelques situations où cela pourrait se justifier (déserts médicaux), la promotion de la médecine salariée est une mauvaise idée : elle jouerait contre l'augmentation de la file active moyenne par praticien. Par essence, le salariat s'exerce dans le cadre d'horaires imposés, soit 35 heures par semaine. Le paiement à l'acte reste le principal levier pour inciter les praticiens à étendre les plages de consultation et à accueillir davantage de patients. *A contrario*, le salariat n'oblige en rien les praticiens à multiplier les consultations. Les chiffres du département de Saone-et-Loire, où a été mis en place un service de médecine salariée, en sont l'illustration. Avec un déficit de plus d'un million d'euros, et une file active moyenne de 341 patients pour chacun des 70 médecins, le service est coûteux et trois fois moins efficace en termes de nombre de patients par praticien. Cependant, le recrutement de médecins salariés peut se concevoir dans le cadre de cabinets de groupe, en appoint, par exemple pour assurer des remplacements tournants, des astreintes ou des visites, sous la responsabilité de médecins libéraux. Ces initiatives doivent rester à la main des médecins : derrière la médecine salariée, des intérêts capitalistiques se profilent, avec un risque réel de financiarisation de la santé.



La promotion de la médecine salariée est une mauvaise idée…

3. IMPOSER DES CONTRAINTES À L'INSTALLATION

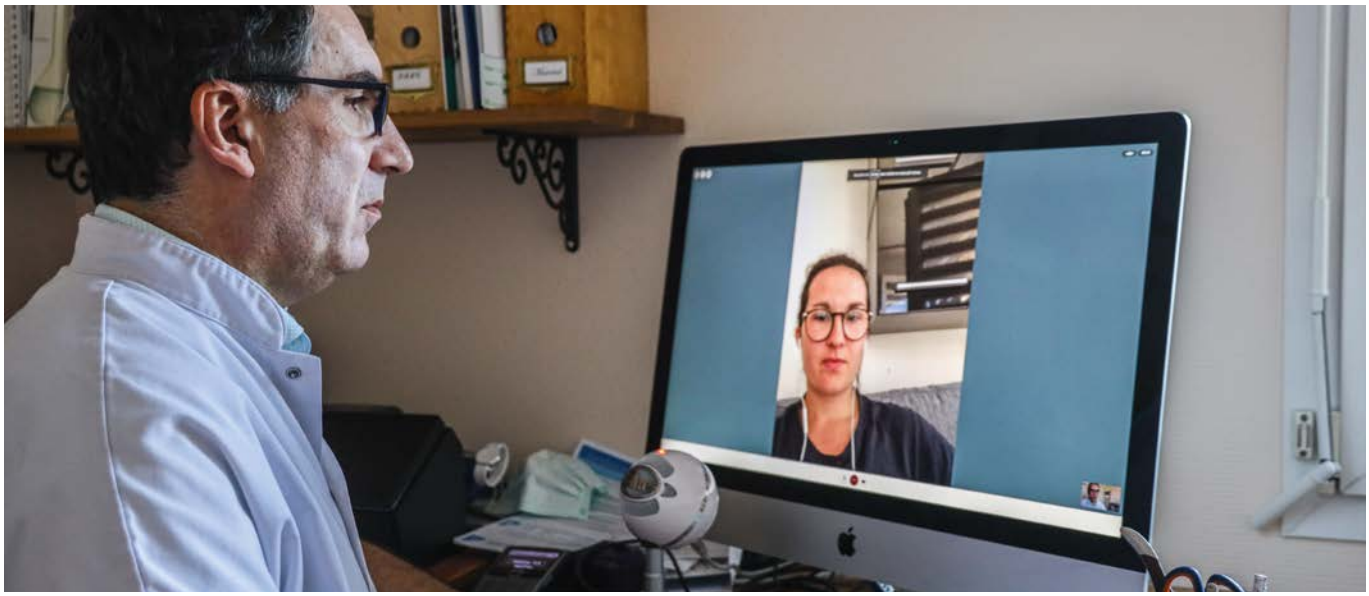
Les initiatives parlementaires, portées par un petit groupe d'élus, sont incessantes pour tenter de restreindre la liberté d'installation. *Numerus clausus* dans les zones sur-denses, obligation d'exercice de plusieurs années pour les jeunes médecins en zone sous-dense, installations conditionnées aux départs en retraite… la panoplie des « solutions faciles » est pour le moment contenue par l'exécutif… mais jusqu'à quand ? Ultime avatar législatif, la 4e année d'internat à exercer dans une zone défavorisée est néanmoins passé dans la LFSS 2023 pour les étudiants en médecine générale. Il faut le rappeler : ces mesures délétères seraient injustes, et surtout contre-productives. Elles accroîtraient la perte d'attractivité de la médecine libérale, détournant les vocations et favorisant le remplacement ou la médecine salariée. Elles rendraient impossible la qualité d'exercice pour ces praticiens envoyés seuls sur des territoires isolés, soumis à des cadences infernales pour répondre à la demande des citoyens. *A contrario*, il existe une batterie de mesures à combiner. Simplification et majoration des aides à l'installation, majoration d'honoraires… aux mesures tarifaires doivent s'ajouter des dispositifs innovants, comme les consultations secondaires, les équipes mobiles de soins primaires, la téléconsultation et la téléexpertise dans le cadre d'un parcours de soins fléché… il faut également améliorer le statut des médecins en cumul emploi/retraite, pour qu'il soit plus incitatif. Fidèle à sa conception des « droits et devoirs », la CSMF considère que l'accès aux soins pour tous est un devoir impérieux pour le corps médical. À charge, pour lui, de s'organiser sur la base d'objectifs opposables sur les territoires, en échange de la liberté d'installation.

4. PROMOUVOIR L'ESSOR DE CENTRES DÉDIÉS À LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMÉS

C'est l'un des derniers avatars provoqué par la crise de l'accès aux soins. Des centres de soins non programmés se créent, avec même une fédération qui revendique aujourd'hui 41 structures et 180 soignants. La fédération en question les présente comme « des structures intermédiaires entre la médecine générale et les services d'urgence surchargés, permettant la prise en charge de pathologies nécessitant un plateau technique (matériel de suture et d'immobilisation, biologie, imagerie médicale, médecine de spécialité) ». Mais, derrière ce positionnement sur le papier, c'est une dérive dangereuse de la médecine de proximité qui se profile. D'abord, ces projets sont souvent portés par des complémentaires santé et des groupes de cliniques privées. Ces dernières sont guidées par un effet d'aubaine évident : la perception des majorations liées aux prises en charge en urgence. Surtout, c'est une médecine à deux vitesses pour les patients qui en découlerait. En effet, ces centres n'ont pas vocation à intégrer le patient dans un parcours de soins, avec la possibilité de s'inscrire auprès d'un médecin traitant. Une fois traité sa demande de soins urgent, le patient risque à nouveau de se retrouver sans solution de prise en charge durable. Enfin, face à la pénurie de ressources, il est évident que ces centres contribueront à aggraver le déficit d'installation de médecins libéraux dans les territoires concernés.

5. CONFIER LES GARDES HOSPITALIÈRES À DES GÉNÉRALISTES ET DES SPÉCIALISTES DE VILLE

Plusieurs centres hospitaliers sont à l'origine, ces dernières années, d'initiatives de ce type : ouvrir des espaces, à l'intérieur des murs ou à proximité, pour accueillir les urgences non vitales, ne justifiant donc pas la mobilisation d'un plateau d'urgence. Si l'idée peut s'entendre, à partir d'une régulation unifiée entre l'hôpital et la ville, elle pose un problème de fonds : c'est le secteur hospitalier qui reste le point d'attraction du public en matière d'urgence. Une tendance qui va à l'encontre du Service d'Accès aux Soins, censé se déployer dans tous les départements, et qui s'appuie sur une « chaîne de soins lisible et coordonnée des acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire », comme le rappelle le ministère de la Santé et de la Prévention sur son site internet. Si l'on veut que les populations comprennent la



nécessité de cette régulation coordonnée, il faut maintenir les consultations pour les soins non urgents dans les cabinets de ville. Contrairement aux idées reçues, près de 95 % du territoire national est aujourd'hui couvert par les secteurs de garde en ambulatoire. L'un des enjeux reste de valoriser suffisamment les gardes et astreintes pour qu'un maximum de praticiens libéraux y participent, chez les généralistes et les spécialistes. Confier la permanence des soins aux établissements de santé, c'est également s'exposer aux décisions de certaines cliniques, qui n'hésitent pas à fermer leurs services d'urgence, lorsqu'elles refusent de payer les prestations à leur juste valeur, notamment pour les postes d'infirmerie.

6. LAISSER PROSPÉRER UNE OFFRE DE TÉLÉCONSULTATION EN DEHORS DES PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

C'est une des erreurs du président de la République à l'occasion de ses vœux au monde de la santé : laisser croire que la téléconsultation est LA solution aux difficultés d'accès aux soins. Il a en effet annoncé le déplafonnement du taux de 20 % de téléconsultations par médecin et par an. Un positionnement libéral qui plaît au public, mais orienterait le système de santé dans une mauvaise direction. D'abord, le déplafonnement de la téléconsultation fait le jeu des plateformes commerciales qui veulent s'affranchir des règles posées par l'assurance-maladie, en termes de proximité entre patients et praticiens et d'intégration de ces prestations dans le cadre de parcours de soins coordonnés. Si la téléconsultation peut être utile dans certaines situations, elle doit être pensée comme un complément de l'acte présentiel. Rien ne vaut en effet l'examen clinique du patient, l'interrogatoire approfondi et le colloque singulier permis par le rendez-vous au cabinet. Pour la CSMF, la convention médicale doit être l'occasion de rappeler ces évidences, par exemple en limitant à 25 euros le tarif de la téléconsultation, en maintenant des limites en termes de volumes et en encadrant les pratiques des plateformes en ligne. La convention doit par ailleurs mieux valoriser l'activité de téléexpertise, qui permet au médecin traitant de requérir l'avis d'un spécialiste dans le cadre du suivi au long cours du patient.

7. DÉLÉGUER DES ACTES EN-DEHORS D'UN PARCOURS DE SOINS PROTOCOLISÉ

La proposition de loi portée par Stéphanie Rist choque à juste titre l'ensemble du corps médical. En organisant l'accès direct à certaines professions de santé (infirmiers, kinés, pharmaciens…), elle laisse entendre que les patients pourront disposer du même niveau d'expertise qu'en se rendant chez leur médecin traitant. Or, seul le médecin, de par sa formation initiale et continue, son expérience professionnelle et son savoir-être, est en mesure de poser un diagnostic, établir une stratégie de prise en charge en accord avec le patient, adresser le patient à des spécialistes si nécessaire, prescrire les examens adaptés et les thérapeutiques conformes à l'état de l'art médical. Posséder ces compétences ne signifie pas qu'il agit seul : désormais, c'est un collectif de soignants qu'il faut mobiliser. La prise en charge doit être pluriprofessionnelle et coordonnée, dans le cadre de protocoles de soins établis par le médecin en coopération avec les autres professionnels du territoire. Tout doit donc être fait pour favoriser ces organisations, avec l'objectif de dégager du temps médical en déléguant certains actes de routine ou ne nécessitant pas systématiquement une consultation, mais avec un partage de l'information en continu, *via* notamment les messageries sécurisées et l'accès au dossier médical de chaque patient. À défaut de répondre à ce schéma de décision, le risque est réel que certains diagnostics ne soient pas posés, ou trop tardivement.

8. IMPOSER PAR LE HAUT L'OFFRE TERRITORIALE DE SANTÉ

Aujourd'hui, l'exercice regroupé est devenu la norme. 69 % des médecins généralistes exerçaient en groupe début 2022, contre 61 % en 2019 et 54 % en 2010. Une tendance encore plus marquée chez les plus jeunes : c'est le cas pour 87 % des moins de 50 ans. Autre évolution de fond, quatre médecins généralistes sur dix sont installés dans des structures pluriprofessionnelles. On compte aujourd'hui plus de 2 300 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, un nombre en hausse régulière. Les statistiques l'attestent : ces regroupe-

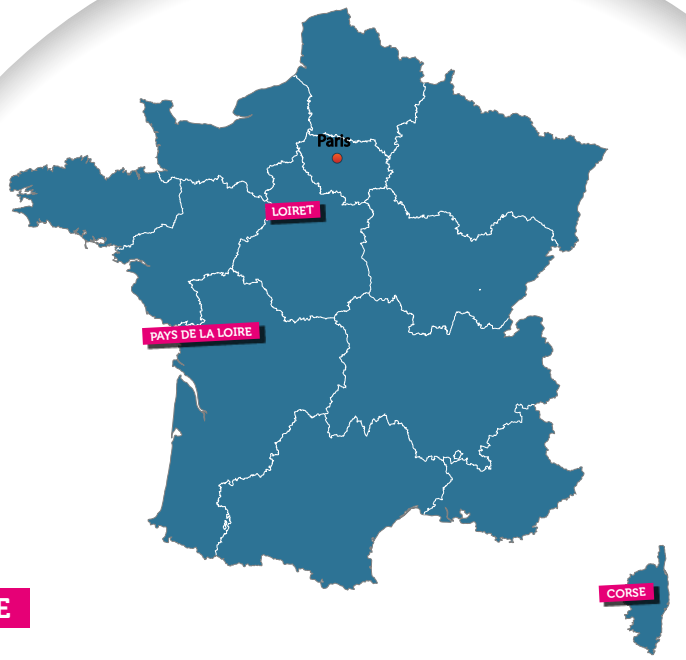
ments sont favorables pour développer l'exercice coordonné autour du patient, améliorer l'accès aux soins programmés et non programmés, augmenter les files actives moyennes par praticien, renforcer la qualité d'exercice et la pertinence des parcours de soins. Au-delà de ces organisations « physiques », les projets collectifs de type ESP se multiplient, avec plusieurs milliers d'équipes organisées pour les soins primaires, ainsi que 781 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (source FCPTS), dont 386 en fonctionnement et près de 400 en projets. Du côté des spécialistes, les Équipes de Soins Spécialisée, enfin reconnues par la CNAM, sont appelées à se multiplier à partir de 2023. Si ce mouvement inéluctable va incontestablement dans le bon sens, il appelle néanmoins à un point de vigilance : l'exercice au sein de ces structures doit rester sur la base du volontariat. Imposer par le haut ces modes d'organisation, *via* par exemple des avantages conventionnels, ferait courir le risque d'en détourner une partie des praticiens. Il faut également tenir compte du fait que de nombreux praticiens s'organisent de façon informelle avec des confrères et d'autres professionnels pour coordonner leurs efforts autour des patients. C'est pour apporter de la souplesse à ces organisations et ne pas décourager les bonnes volontés que l'UNPS porte le projet d'ESCAP (Équipe de Soins Coordonnée Avec le Patient), un dispositif léger et réactif, à partir d'une appli de coordination permettant de proposer des ressources disponibles pour le patient.

9. CONTINUER À BLOQUER LE COÛT DE LA PRATIQUE

Les tarifs de la consultation médicale sont devenus inacceptables… et que dire du blocage du coût de la pratique de la CCAM technique, au même niveau depuis dix-huit ans ? En 2005, la CSMF s'était pleinement engagée dans la conception de cet outil de tarification, censé mieux hiérarchiser la nomenclature des actes et prendre en compte le poids des charges liées aux achats que les spécialistes doivent consentir pour intégrer le progrès technologique et thérapeutique dans leurs pratiques, au bénéfice de leurs patients. Or, le coefficient n'a jamais été revu depuis près de deux décennies, alors que l'inflation a mécaniquement accrue la part de ces charges. Une part qui augmente de façon spectaculaire, quand l'inflation pour 2022 vient d'être établie à + 5,9 % par l'INSEE pour 2022. Le Haut Conseil de la Nomenclature travaille actuellement sur la refonte en profondeur de la CCAM technique… mais il revient à la CNAM, dans le cadre des négociations conventionnelles, d'accepter l'actualisation de l'indice définissant le coût de la pratique. À défaut, les conséquences sont évidentes : les spécialités à plateau technique devront freiner leurs investissements et retarder l'accès de leurs patients aux technologies les plus innovantes.

10. MAINTENIR LES COTISATIONS DES PRATICIENS EN CUMUL EMPLOI-RETRAITE

C'était une demande portée par la CSMF, et l'une des rares avancées de la LFSS. Par voie d'amendement, le gouvernement avait accepté de supprimer les cotisations vieillesse des praticiens en cumul emploi-retraite. Une mesure d'équité, puisque ces cotisations n'apportent aucun complément de pension. Cette exonération vise à augmenter l'attractivité de ce dispositif, alors que les quelque 13 000 médecins concernés participent fortement à la problématique de la couverture des besoins de santé. Mais elle a eu un effet pervers. Fin novembre, la CARMF a pris prétexte de cet amendement pour supprimer la revalorisation de 5 % de la pension de complémentaire vieillesse, envisagée pour le 1er janvier et destinée à compenser le poids de l'inflation. Selon la caisse, la suppression des ces cotisations représenterait un manque à gagner de 73 millions d'euros. La décision se justifierait par l'absence de garantie de couverture de cette perte par l'État, alors que le principe de la garantie est bel et bien inscrit dans la loi. Dans un communiqué, la CSMF a appelé la CARMF à revenir sur sa décision, au vu des réserves importantes dont elle dispose, et afin de ne pas pénaliser l'ensemble des retraités. Et l'État doit respecter sa parole, en compensant la perte pour la CARMF, à l'occasion de la prochaine réforme des retraites.



LOIRET

Accès direct : les liaisons dangereuses

Une proposition de loi particulièrement dangereuse ! Dans un communiqué publié début janvier, la CSMF pointe les risques d'un accès direct aux infirmiers en pratique avancée, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux orthophonistes et aux assistants en médecine bucco-dentaire : « Ce scénario conduirait inévitablement à la naissance d'une médecine à deux vitesses, celle de nos concitoyens qui auront accès à un médecin et celle de ceux qui seront pris en charge par des officiers de santé ». Selon la CSMF, ce contournement du parcours de santé menace directement l'égal accès aux soins d'une même qualité pour tous les patients de tous les territoires et de toutes les origines socio-culturelles. La position est claire : aucun transfert de compétences ne peut être envisagé, mais des délégations de tâches sont possibles dans le cadre d'un exercice coordonné et protocolisé au sein d'équipes de soins traitantes. Portée par Stéphanie Rist, rhumatologue de formation et députée Renaissance du Loiret, la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé devait être discutée mi-janvier. Faute d'avoir été entendue, la CSMF propose aux médecins libéraux d'alerter les députés de leur circonscription *via* une lettre type, mise à leur disposition sur le site de la Confédération et dont le contenu peut être « librement modifié ».

CORSE

FCCIS : un facilitateur de l'exercice coordonné

Équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés, communautés professionnelles territoriales de santé, parcours de soins… La Fédération corse pour la coordination et l'innovation en santé promeut et soutient le développement de l'exercice coordonné sous toutes ses formes. Créée par et pour les professionnels de santé libéraux, cette association loi 1901 a été fondée en 1992, lors de la naissance de la première maison de santé pluriprofessionnelle corse à Calenzana. Accentués par la multiplication des structures collectives, son champ d'influence et ses compétences ont évolué avec le temps. Outre le recrutement d'une équipe de salariés, un partenariat a même été conclu avec l'ARS de Corse. Au-delà de ses fonctions de représentation auprès des tutelles, la FCCIS oriente le choix, accompagne la création et facilite le déploiement des équipes pluriprofessionnelles sur l'île de Beauté, aiguillant notamment la rédaction des projets de santé. Elle apporte également une aide personnalisée dans des domaines stratégiques, comme l'organisation des soins, le management, la formation, la maîtrise de stage, la gestion des outils numériques ou encore l'évaluation des pratiques professionnelles.

PAYS DE LA LOIRE

Un partenariat prometteur

L'inter-URPS et l'APMSL[1] des Pays de la Loire ont choisi d'unir leurs forces pour le bien commun. Signée fin novembre, leur convention de partenariat doit permettre d'améliorer la nature, la qualité et la variété des services proposés aux professionnels de santé libéraux qui souhaitent s'investir dans un exercice coordonné formalisé, que ce soit au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé, d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou d'une équipe de soins primaires (hors MSP). Selon les modalités définies dans cet accord, la collaboration repose sur des objectifs partagés : valoriser et mettre à profit l'expertise et l'expérience de chacun ; partager les informations en toute transparence ; respecter les positions de chacun dans la discussion, mais aussi leurs valeurs et leurs missions ; porter un discours et/ou un message commun ; promouvoir un accompagnement des exercices coordonnés de qualité. Si les bases sont posées, l'objet et les engagements réciproques de cette convention de partenariat seront conjointement travaillés et développés au fil des mois.

1. Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux – APMSL.

Boehringer Ingelheim est partenaire de DiabetoWise développé par sêmeia

DiabetoWise

Soutenir les médecins généralistes dans l'optimisation de la prise en charge des **patients atteints de diabète de type 2** en se basant sur la prise de position de la **Société Francophone du Diabète** parue en 2021

Projet pilote s'articulant autour de 2 piliers :

1 Mise à disposition d'un outil d'optimisation de la prise en charge entre médecins généralistes et diabétologues

➜ **Avis médical sur la prise en charge via**

- Suivi des patients par la télésurveillance
- Accompagnement à la prise en charge
- Télé expertise en cas de besoin

L'ensemble sera coordonné par des infirmières

2 Evaluation de l'outil sur l'impact de la prise en charge

➜ **Étude pilote de 1 an**

- 7 à 8 patients DT2 avec IC et/ou MRC et/ou MCVA et une HbA1c ≥ 7 %
- 1 fiche d'inclusion et de fin d'étude à remplir
- 1 compte-rendu tous les 3 mois pour tous vos patients inclus

L'ensemble sera rémunéré

Comité scientifique

Diabétologues

Pr Bruno GUERCI
chairman
Nancy

Pr Patrice DARMON
co-chairman
Marseille

Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL
Paris

Pr Lyse BORDIER
St Mandé

Pr Michael JOUBERT
Caen

Pr Kamel MOHAMMEDI
Bordeaux

Dr Laurent MEYER
Strasbourg

Dr Louis POTIER
Paris

Médecins généralistes

Dr Jean-Yves LEGOFF
St Brieuc

Dr Gilles PETIT
La Souterraine

Néphrologue

Pr Jean Michel HALIMI
Tours

Cardiologue

Pr Victor ABOYANS
Limoges

Si vous pensez qu'un accompagnement dans cette prise en charge pourrait vous être utile, **devenez investigateur de l'étude pendant 1 an**

DiabetoWise est une initiative française soutenue par **Boehringer Ingelheim**, la **Société Francophone du Diabète** et la **Confédération des Syndicats Médicaux Français**

Participez à un projet innovant d'accompagnement de vos patients !

Scannez-moi pour vous enregistrer

Boehringer Ingelheim

22-0873 - 12/2022 - Boehringer Ingelheim France SAS

GUARDIANS FOR HEALTH

URGO MEDICAL : EN ROUTE VERS LA PEAU ARTIFICIELLE

C'est potentiellement une innovation de rupture majeure pour la santé. En janvier, l'entreprise française spécialiste de la cicatrisation a présenté son grand projet pour les cinq ans à venir : créer une peau artificielle. « Demain, avec Genesis, le médecin aura à disposition, en bloc opératoire, de la peau artificielle immédiatement et en quantité illimitée, pour l'appliquer directement sur le patient », annonce son dirigeant, Guirec Le Lous.

En décembre dernier, François Braun avait fait le déplacement sur le site de l'entreprise, près de Dijon, pour inaugurer la construction d'un laboratoire de recherche de tissu cellulaire. L'objectif, pour le groupe, est notamment de pouvoir constituer ses propres banques de tissus cellulaires, appelés à entrer dans la composition de la peau artificielle.

Plus de 100 millions d'euros sont investis dans le programme Genesis, avec l'espoir de publier une première étude clinique en 2027. Aux côtés de l'entreprise bourguignonne, on retrouve d'autres partenaires d'innovation, comme Dassault Systèmes, l'Établissement Français du Sang, l'AFM-Téléthon et le Laboratoire de Biologie Tissulaire et d'Ingénierie Thérapeutique (LBTI, CNRS/Université Claude Bernard Lyon 1).

L'Agence de l'Innovation en Santé sur les rails

Créée officiellement en octobre dernier, l'AIS présentait ses priorités d'action en début d'année, avant de préciser les détails de sa feuille de mission d'ici à l'été.

La nomination de sa dirigeante, le Dr Lise Alter avait été annoncée fin octobre. Désormais, l'Agence de l'Innovation en Santé est en marche, après avoir reçu en début d'année sa lettre de mission de la part de la Première Ministre, Élisabeth Borne. Une tutelle naturelle, puisque l'AIS est placée sous l'égide du Secrétariat Général Pour l'Investissement (SGPI). Ce service attaché à Matignon, dirigé par l'ancien député Bruno Bonnell, est chargé de piloter le plan France 2030, un vaste programme d'investissement et d'accompagnement des secteurs-clés pour l'avenir du pays, dont le plan Innovation Santé 2030 qu'avait présenté Emmanuel Macron le 29 juin 2021. Justement, l'AIS a pour mission de « coordonner l'ensemble des travaux interministériels en matière d'innovation en santé », indiquait Lise Alter, le 4 janvier à l'occasion d'une conférence de presse. Elle devra notamment animer des travaux de prospective en santé « pour mieux caractériser et anticiper l'impact des innovations à venir », ainsi qu'identifier « de grandes priorités de recherche dans les aires de besoins médicaux non couverts ». Durant son intervention, elle a insisté sur l'un des grands enjeux pour les porteurs d'innovation : l'accélération et la simplification des process réglementaires et administratifs pour « gagner du temps à chaque étape et mettre plus rapidement à disposition du marché les produits et services innovants ». Autre priorité, l'AIS devra notamment accompagner l'une des grandes ambitions du chef de l'État : la production, en France, d'au moins 20 biomédicaments d'ici à 2030, alors qu'on en compte 5 actuellement sur 76 fabriqués en Europe, et que ces produits représentent déjà près des deux tiers des enregistrements d'AMM dans l'Union européenne. Enfin, l'AIS jouera un rôle de « catalyseur » auprès de jeunes entreprises innovantes, avec l'ambition d'en accompagner 100 la première année et 200 en vitesse de croisière. Des sociétés qui seront aidées notamment sur les plans de la recherche clinique et de la levée des fonds auprès des investisseurs. D'ici à l'été, l'AIS va compléter son plan d'actions en rédigeant une feuille de route détaillée.

L'INDICE VERT CAHPP

FÊTE SES 10 ANS

CAHPP
Conseil et Référencement
UNE VISION DIFFÉRENTE

10 ANS

2012 - 2022

1ER BAROMÈTRE DES ACHATS RESPONSABLES EN SANTÉ

650 PARTENAIRES

1 STRATÉGIE RSE

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.**

Syndicat National des Médecins Concernés par la Retraite
79 rue de Tocqueville - 75017 PARIS / Tél. 01 87 44 62 60 / 07 56 37 77 61 / snmcr@club-internet.fr / www.retraitemedecin.org

Téléconsultation : une pratique citadine ?

Dans une enquête publiée début décembre, la Drees détaille les grandes tendances de la téléconsultation en médecine générale. Issues du SNDS, les données exploitées témoignent notamment d'un recours plus fréquent chez les femmes, mais aussi chez les patients jeunes et peu précaires ; 45,2 % des téléconsultations ont été sollicitées par des personnes âgées entre 15 et 44 ans en 2021. Autre enseignement de cette étude : la pratique est plus répandue chez les citadins ; 69,4 % des téléconsultations réalisées durant cette période concernaient des assurés résidant dans des grands pôles urbains. Loin des chiffres enregistrés au début de la pandémie, notamment pendant les périodes de forte intensité épidémique et de confinement, ce mode de consultation représente une part minime mais non négligeable de l'activité des médecins généralistes, soit 3,7 % en 2021… contre 5,7 % en 2020. Au niveau des usages, le sexe, l'âge et le lieu d'exercice sont également des déterminants majeurs chez les praticiens. Caractéristique notable : les médecins qui exercent dans un groupe pluriprofessionnel utilisent plus souvent cette solution. Plus de la moitié d'entre eux ont adopté ce réflexe. « Même si elle représente une faible part de l'activité médicale, la téléconsultation est une pratique qui semble s'installer de façon pérenne. La moitié des médecins pensent continuer à en réaliser après l'épidémie de Covid-19 », conclut la Drees.

Source : Drees – Chiffres de l'année 2021.

Don de sang : François Braun sonne la mobilisation générale

Les réserves de poches de sang virent au rouge. Sur les antennes du groupe France Télévisions, le ministre de la Santé et de la Prévention a récemment sonné la mobilisation générale : « Nos stocks ont fortement diminué, et sont clairement insuffisants. Il faut donner son sang. Tout le monde peut le faire. C'est très important ! ». Selon François Braun, les hôpitaux français disposaient d'une « autonomie de quatorze à quinze jours » début janvier. D'après les experts, la crise énergétique et les tensions sociales diminuent la fréquence des collectes et réduisent le nombre de donateurs. Profond et durable, le mal ne date pourtant pas d'aujourd'hui. Pour la première fois depuis sa création, il y a vingt-trois ans, l'Établissement français du sang avait publié un « bulletin d'urgence vitale » en février 2022. Un second appel du genre avait été lancé un peu avant l'été. Deux nouvelles alertes avaient également été diffusées en décembre dernier, en amont des fêtes de fin d'année. Moins de 80 000 poches de sang étaient alors disponibles. Il en faut plus de 100 000 pour répondre aux besoins des patients, comme le rappelle l'EFS…

NB : une liste des points de collecte est consultable sur le site www.dondesang.efs.sante.fr ou sur l'application « Don de sang ».

QUALITÉ DE VIE DES SOIGNANTS : UNE ENQUÊTE INÉDITE

> **Objectif de la manœuvre : dresser un état des lieux objectif du bien-être des soignants libéraux dans ces deux régions, et identifier les facteurs impactant leur qualité de vie au travail.**

La Fédération des URPS, la FMPS[1] et les CPTS du Centre-Val de Loire viennent de boucler la première grande enquête sur la qualité de vie au travail des professionnels de santé du secteur ambulatoire. Totalement inédite en France, cette démarche associait d'autres partenaires locaux, tels que QualiPsy ou encore l'inter-URPS, l'APMSL[2] et l'ESP CLAP des Pays de la Loire. Objectif de la manœuvre : dresser un état des lieux objectif du bien-être des soignants libéraux dans ces deux régions, et identifier les facteurs impactant leur qualité de vie au travail. Pas moins de 35 000 professionnels exerçant dans les différentes structures participantes étaient invités à compléter une enquête anonyme entre le 10 octobre et le 30 décembre 2022.
Les réponses obtenues sont actuellement analysées par les parties prenantes de ce projet. Leurs conclusions et leurs propositions seront présentées cet été.

1. Fédération des Maisons et Pôles de Santé – FMPS.
2. Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux – APMSL.

SEL : un nouveau régime d'imposition pour les associés

Le régime d'imposition des rémunérations perçues par les associés des Sociétés d'Exercice Libéral a été précisé mi-décembre. Expert-comptable, commissaire aux comptes et associé au sein du groupe BBM, Stéphane Bertolotti analyse les principales modifications introduites par le législateur, et fournit quelques conseils pratiques.

UNE MODIFICATION DE TAILLE

À compter de l'imposition des revenus 2023, la rémunération perçue par les associés d'une société d'exercice libéral au titre de leurs fonctions techniques sera assimilée à un revenu BNC. Cette modification concerne généralement tous les associés d'une SEL (dirigeants ou non d'une SELARL ou d'une SELAS) et les gérants majoritaires d'une SELARL… à condition que cette rémunération puisse être distinguée de celle perçue au titre des fonctions de gérance. Une évolution notable qui soulève notamment la question de l'allègement des charges sociales des médecins du secteur 1. Si ces contribuables ne sont pas en mesure de se conformer, dès le 1er janvier 2023, au régime d'imposition en BNC, ils pourront continuer sur un régime salaires ou article 62 sur l'année 2023, comme vient de le préciser la DGFiP.

LES MODALITÉS PRATIQUES

Parmi d'autres changements, chaque associé devra désormais posséder un compte bancaire professionnel. « Compte tenu des incertitudes liées à ce changement de législation, nous recommandons aux associés de SEL de prendre attache auprès de leur expert-comptable et/ou de leur avocat pour décider s'il convient de déclarer cette activité BNC auprès du CFE », souligne Stéphane Bertolotti. Les médecins devront également établir chaque année une déclaration fiscale n°2035. « Afin de pouvoir aligner la rémunération décidée dans la SEL avec le BNC et déduire les cotisations sociales dues au titre du revenu de l'année en cours, mais non versées à la fin de cette même année, nous vous recommandons d'opter pour le régime "créances – dettes" ».

LES CONSÉQUENCES FISCALES ET SOCIALES

Autres évolutions notables : les rémunérations perçues en contrepartie de l'exercice de l'activité libérale ne pourront plus bénéficier de l'abattement forfaitaire de 10 %. Chaque associé de SEL pourra néanmoins déduire l'ensemble de ses frais professionnels dans sa déclaration 2035, sans pouvoir prétendre à la déduction de l'abattement fiscal de 2 % applicable aux médecins du secteur 1. « Si vos cotisations sociales sont prises en charge par la SEL, elles devront être ajoutées à votre rémunération nette pour obtenir un revenu BNC brut duquel seront déduites vos cotisations sociales obligatoires et facultatives dans la déclaration 2035 », ajoute Stéphane Bertolotti.
Point important : le fait d'être imposé en BNC implique une stratégie différente en matière de déduction des cotisations de retraite par capitalisation et d'abondement, sachant que ces différents régimes dépendent de la catégorie fiscale des revenus.

À RETENIR

Ce changement de régime ne concerne que la rémunération versée au titre de l'exercice d'une activité libérale. Il ne concerne donc pas la rémunération versée pour la partie direction. « Il conviendra de se positionner sur le montant de la rémunération de ces fonctions de direction, notamment pour les gérants d'une SELARL ou le président et les directeurs généraux d'une SELAS », relève Stéphane Bertolotti.
Ultime recommandation : « Au regard de la portée structurante de ce texte et de sa mise en application au 1er janvier 2023, il est impératif de prendre contact avec votre expert-comptable et votre avocat dès maintenant ».

Voir : *Bulletin officiel des finances publiques* du 15 décembre 2022.

Le fait d'être imposé en BNC implique une stratégie différente en matière de déduction des cotisations de retraite par capitalisation et d'abondement, sachant que ces différents régimes dépendent de la catégorie fiscale des revenus.

Projet Régional de Santé : une année charnière

Les Projets Régionaux de Santé sont en cours de révision. Portés par une nouvelle dynamique entrepreneuriale, les médecins libéraux auront leur mot à dire… et des propositions à faire.

LA FEUILLE DE ROUTE DES ARS

Le PRS trace les grandes lignes de la politique régionale de santé. Document de référence pour tous les acteurs du territoire, il fixe des objectifs quantitatifs et qualitatifs visant notamment à renforcer la coordination, la qualité, la sécurité, la continuité et la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales. Chaque région dispose de son propre plan d'action, déterminé en fonction des besoins de la population. Le Projet Régional de Santé est officiellement arrêté par le directeur général de l'ARS, à l'issue d'une vaste consultation menée auprès des différents partenaires de santé, dont les représentants des médecins libéraux. Son contenu peut être ponctuellement ajusté pour résoudre des problématiques locales. A minima, il est révisé tous les cinq ans. Ses résultats sont régulièrement évalués.

TROIS ÉLÉMENTS CLEFS

Le PRS est constitué de trois éléments clefs, dont un cadre d'orientation stratégique qui établit plusieurs priorités décennales, fixées en 2018. La trame générale est complétée par un schéma régional de santé unique et un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Prévues pour une durée de cinq ans, ces deux dernières composantes seront intégralement révisées en 2023. Un diagnostic territorial est actuellement mené dans toutes les régions pour identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, déterminer les grandes priorités de l'offre de soins et de services de santé, et définir les objectifs opérationnels à atteindre. À noter : la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin peut être envisagée, lorsqu'un accord-cadre international le permet.

DES ENJEUX MAJEURS

Dans un contexte marqué par le vieillissement, la chronicité et la pénurie, la révision des projets régionaux de santé doit permettre de relever plusieurs défis critiques : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; améliorer l'accès aux soins et à la prévention ; renforcer la coordination, la qualité, la sécurité, la continuité et la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ; optimiser l'organisation des parcours de soins, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. D'autres sujets « contemporains » devront également être traités, comme la prise en compte des aspects liés à la santé environnementale ou encore le déploiement accéléré de la e-santé.

LA DATE-CLÉ

Octobre 2023

L'ARS Centre-Val de Loire prévoit de publier son nouveau Projet Régional de Santé en octobre prochain pour une entrée en vigueur le 1er novembre 2023… au plus tard.

LE FAIT MARQUANT

Nouvelle-Aquitaine : une vaste consultation électronique

En amont de la révision de son Projet Régional de Santé, l'ARS Nouvelle Aquitaine mène actuellement une vaste consultation citoyenne, sous la forme d'un questionnaire en ligne. Ouverte à tous et totalement anonyme, cette démarche doit permettre de mieux identifier les attentes, mais aussi de recueillir des propositions concrètes.
Neuf thématiques ont été retenues pour cette occasion : l'accès à la santé ; l'aide aux aidants ; l'accompagnement des malades chroniques et des personnes en situation de handicap ; la prise en charge sanitaire des personnes en situation de handicap ; la prévention et le dépistage des cancers ; la prévention des addictions ; la prévention des violences intrafamiliales ; la télésanté/télémédecine ; la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé. Initiée en décembre dernier, cette consultation numérique prendra fin en février prochain.

à Déguster

CORETTA

À l'angle du Parc Martin-Luther King et de la rue Cardinet, c'est une adresse « toute en verres » à deux pas du siège de la CSMF. Le restaurant Coretta apporte une tendance chic et bistronomique à un quartier – les Batignolles – qui en manquait cruellement avant son ouverture. Œuf parfait à 63° en entrée, skrei à la plancha ou riz de veau crousti-fondant en plat, brioche à la cannelle ou pavlova aux agrumes en dessert… voici quelques extraits de la carte d'hiver. Des bons produits, des recettes tendances façon bistronomie haut-de-gamme, le savoir-faire de la chef Beatriz Gonzalez… à n'en pas douter, **le Coretta est l'un des restaurants le plus courus de l'ouest parisien.** Il faut compter en moyenne 55 € pour le choix à la carte, hors boisson. Mais une formule à 29 € est également proposée au déjeuner, avec « annonce à la voix » et inspiration du marché (le plat et le dessert de la semaine). Côté déco, Coretta, installé sur deux niveaux, fait dans le design sobre (bois, verre et métal). À noter la lumière, lorsqu'il fait beau, grâce aux parois vitrées.

Coretta, 151 bis, rue Cardinet – 75017 Paris – Tél : 01 42 26 55 55 – www.restaurantcoretta.com

à Lire

LONDRES

de Louis-Ferdinand Céline

Éditions Gallimard – 558 pages – 24 €

Paru en octobre dernier, c'est le deuxième opus des manuscrits ressuscités de l'écrivain de légende (pour le meilleur et pour le pire). Après *Guerre*, *Londres* suit les pérégrinations de Ferdinand, le héros de *Voyage au bout de la nuit*, parti dans la capitale britannique après sa blessure au Front. Proxénétisme, alcoolisme, trafic de poudres, violences… Céline y trace un portrait des bas-fonds londoniens, à la suite de personnages sursitaires, qui vivent dans la hantise d'être envoyés – ou renvoyés – en première ligne de la guerre. On y retrouve la verve stylistique des premiers livres, avant que l'écrivain ne bascule dans sa propre carricature et dans sa dérive antisémite et xénophobe. Un livre qui vaut aussi par la destinée rocambolesque de ces écrits, oubliés sur le haut d'une armoire dans son appartement montmartrois après sa fuite en Allemagne. Récupérés et cachés par un résistant, adversaire mais également admirateur de Céline, ils sont abandonnés dans une malle et découverts en 1982 par la fille du résistant. Après des années d'hésitation, elle les confie à Jean-Pierre Thibaudat, critique littéraire de *Libération*. Le deal est entendu : personne ne doit se faire d'argent avec ces livres. Ils sont donc remis à Gallimard après le décès de la veuve de Céline… morte en 2019 à 107 ans !

à Visiter

FACE AUX ÉPIDÉMIES

De la peste noire à nos jours

Il ne vous reste que quelques jours pour en profiter. Jusqu'au 8 février se tient aux Archives Nationales une exposition de circonstance. Dédiée à l'histoire des épidémies, à leur impact sanitaire et sociétal et aux moyens d'y faire face, elle avait été initialement prévue en 2018… deux ans avant d'être rattrapée par la réalité du Sars-Cov2. À travers des affiches, des tableaux, du matériel médical de l'époque, elle souligne les liens forts entre phénomène épidémique et questions sociales, économiques, culturelles, voire morales à travers les réactions des sociétés. Le parcours, chronologique, se déroule en trois parties :

- le fléau (XIVe-XVIIIe),
- contrer l'épidémie (1750-1914) et
- nouvelles pandémies, nouvelles luttes (1914-2020).

À noter : l'exposition intègre un dispositif original et inédit d'enregistrement de témoignages oraux. Les visiteurs sont invités à témoigner anonymement de leur expérience du premier confinement de mars à mai 2020. Ces témoignages seront conservés à titre historique au sein des fonds des Archives nationales pour permettre aux générations futures de faire le récit de cet événement planétaire.

Hôtel de Soubise
60, rue des Francs-Bourgeois – 75003 Paris
Du lundi au vendredi de 10 h à 17 h 30,
le samedi et dimanche de 14 h à 17 h 30, fermé le mardi.

carcept prev
ASSUREUR D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

KLÉSIA
Assureur d'intérêt général

BonUsage

B3 TSI

Rejoignez-nous dans cette aventure pour faire vraiment de la prévention dans de bonnes conditions – inscription à la formation par mail : vanessa.savard@evolutisdpc.fr

Mieux vaut prévenir que guérir

La prévention, totem moderne du discours médical, est régulièrement convoquée pour panser les plaies de notre monde. Assistée du principe de précaution, elle peine à trouver sa place dans un monde où tout doit aller à l'essentiel, où tout doit aller vite, où la médecine est centrée quasi exclusivement sur sa valence curative. Pour autant parler de prévention dans le monde du transport est une évidence, le taux d'accident du travail et de maladie professionnelle y est 2,5 fois plus élevé que dans la population générale. Les 600 000 salariés non-cadres de cette branche sont impactés par leur activité professionnelle, les causes sont multiples : horaires décalés, déplacements, accidentologie, troubles musculosquelettiques, alimentation déséquilibrée, sédentarité…

Consulter un médecin dans un but exclusif de prévention, et uniquement dans celui-ci, n'est pas chose aisée. Que répondre à la classique question d'accueil sur le motif de la consultation « je viens juste pour voir si tout va bien » ?

La situation se corse encore, quand la question de la prévention porte sur activité professionnelle particulière. Que sait le médecin des difficultés liées à des transports longue distance ? Que sait-il des contraintes mécaniques qu'imposent le chargement et la conduite d'un 38 tonnes ? Quelles difficultés rencontrent le livreur des géants du Web, qui viennent nous remettre en un temps record notre dernier coup de cœur du moment ?

En parler c'est bien, le faire c'est mieux

Conscientes du besoin et de ces limites, la CSMF premier syndicat de médecins libéraux, Klésia et Carcept Prev ont collaboré pour construire un programme de prévention ambitieux. Ils offrent ainsi l'accès à une véritable consultation de prévention, reprenant les antécédents familiaux et personnels, l'habitus, un examen clinique et quelques tests paracliniques. À chaque étape, le médecin dispose d'éléments lui permettant de délivrer un ou des conseils de prévention. L'acte en lui-même est d'une durée de 45 minutes, valorisé financièrement à 125 €, sans avance de frais pour le salarié, qui se voit remettre une synthèse en fin d'entretien reprenant l'ensemble des conseils proposés.

De la même façon que l'on ne s'improvise pas routier ou livreur, mener une consultation de prévention nécessite au-delà de la compétence de médecin de disposer d'outils, de données de santé publique. C'est pour cela qu'une grille spécifique a été construite par et pour les médecins, validée par leurs pairs. Ce cadre semi-rigide, permet de structurer l'entretien, et d'aborder tous les angles particulièrement sensibles dans la population concernée, pour véritablement aboutir à une consultation de prévention adaptée aux personnes reçues. L'ACFM et ses partenaires BUC et B3TSI, pour faciliter la mise en place de ces consultations de prévention ont fait le choix de construire une formation préalable. Celle-ci est proposée en *e-learning*, gratuite, d'une durée d'une heure, permet à la fois aux médecins d'être sensibilisés aux problématiques spécifiques de la branche transport et de disposer de données récentes de santé publique. La fin du module centrée sur l'utilisation de la plateforme utilisée durant la consultation, est extrêmement didactique et permet de s'approprier facilement le dispositif. Ainsi grâce à ce développement, le médecin s'inscrivant dans cette démarche bénéficie rapidement des informations clefs sur la sinistralité de la branche, et peut adopter facilement l'outil proposé.

Ce programme est en place depuis plus de quatre ans. Nous disposons grâce à nos partenaires, de données que nous avons pu présenter cet été aux responsables de la branche transport. Notre partenaire KLESIA vient en complément de lancer une mesure d'impact auprès des salariés ayant bénéficié de cette consultation de prévention.

oui,
votre épargne
peut aussi
prendre soin
des autres et
de la planète
Création : dps - Crédit photo : Getty Images
MACSF
Ensemble, prenons soin de demain
PUBLICITÉ
MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la Vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095 - Siège social : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 92919 LA DEFENSE CEDEX/France.
MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.