Mars 2023
n° 1359

le Médecin de France

Le journal de la CSMF
Confédération des Syndicats Médicaux Français

Échec conventionnel : sortir du grand gâchis

la Rencontre
Catherine Deroche,
Présidente de la Commission des Affaires Sociales du Sénat

Brèves & Personnalités
Stéphanie Combes
Yannick Frezet
Lionel Collet
Pascal Meyvaert

en Pratique
Réglement arbitral :
enjeux et perspectives

oui, votre 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

22_098 - 02/2022 Création : dps - Crédits photos : Getty Images

PUBLICITÉ

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 - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 92919 LA DEFENSE CEDEX/France. Sièges sociaux : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.

Réinvestir dans le système de santé !

Faute de moyens, faute de vouloir comprendre les médecins libéraux, faute d'accepter de leur faire confiance, la CNAM et le Gouvernement portent une réelle responsabilité dans l'échec des négociations conventionnelles.

Comment imaginer redresser la médecine libérale avec un sous ONDAM de ville le plus bas de toute la Ve République ? Comment imaginer vouloir contraindre les médecins libéraux dont chacun reconnaît l'engagement, les difficultés grandissantes mais aussi pour beaucoup la souffrance d'un exercice professionnel devenu harassant ? Comment ne pas vouloir écouter ces médecins de toutes générations qui crient leur désespoir ?

Reprenons tout à zéro ! Acceptons de faire confiance à nos médecins libéraux ! Acceptons de leur donner des moyens sans vouloir leur mettre la corde au cou ! Imaginer un risque de dérapage dans une telle période de pénurie relève de l'aveuglement.

Place maintenant à l'arbitrage mais surtout place à la reprise sans tarder de vraies négociations conventionnelles dans un climat de concorde nécessaire aux enjeux de notre système de santé. Les propos mesurés tenus, dans ce numéro du Médecin de France, par Mme Catherine Deroche doivent nous inspirer. C'est en donnant un nouveau souffle à notre système de santé que nous refonderons le pacte social qui semble s'étioler.

Dr Franck Devulder
Président de la CSMF

4 | la Rencontre
Catherine Deroche, présidente de la Commission des Affaires Sociales du Sénat

6 | Brèves & Personnalités
4 personnalités
Les généralistes toujours populaires
Certificats inutiles : un site web pour les supprimer
PDS-ES : non à l'obligation !
Les chiffres

10 | le Dossier
Échec conventionnel : sortir du grand gâchis

18 | Innovation & Santé
Antibiorésistance
Des outils précieux pour bien prescrire

20 | Société & Santé
Papillomavirus : vers une campagne de vaccination gratuite dans les collèges
Conduites addictives : le gouvernement dévoile sa stratégie
Égalité femmes-hommes : une centaine de mesures concrètes

22 | en Pratique
Règlement arbitral : enjeux et perspectives

24 | Coordination & Santé
Tour de France des CPTS : mission généralisation

25 | à Quoi ça sert ?
Covars : une vigie scientifique et citoyenne

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 – 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** Mars 2023

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

Catherine Deroche

Présidente
de la Commission
des Affaires Sociales
du Sénat

« Le gouvernement reste sourd au malaise des médecins libéraux »

Sénatrice de Maine-et-Loire depuis 2010, présidente de la Commission des Affaires Sociales depuis 2020, Catherine Deroche est médecin de formation. Très investie dans le champ de la santé, elle commente l'échec de la négociation conventionnelle, en déplorant l'absence de considération des pouvoirs publics vis-à-vis des médecins libéraux.

LA NÉGOCIATION CONVENTIONNELLE SE CONCLUT PAR UNE ABSENCE D'ACCORD. EST-CE UN ÉCHEC POUR LES POUVOIRS PUBLICS ?

Nous l'avons dit dès l'examen du PLFSS à l'automne dernier. Et je l'ai répété ces dernières semaines au ministre de la Santé, François Braun : pourquoi le gouvernement s'est-il évertué à « pousser » des mesures parlementaires, comme l'expérimentation de l'accès direct aux IPA, alors qu'allait s'ouvrir la négociation conventionnelle avec les médecins ? Nous nous y sommes opposés dans ce texte, nous avons renouvelé nos réserves lors de l'examen de la PPL Rist en première lecture, en excluant par exemple les CPTS et le contrat d'engagement territorial. On peut comprendre la réticence des médecins généralistes, appelés à négocier d'une main avec l'assurance-maladie, et de l'autre à subir la pression de textes législatifs qui encadraient *de facto* le périmètre des discussions. Alors, oui, et au-delà des pourparlers sur la valeur des honoraires, l'échec était annoncé. En réalité, je pense que le gouvernement n'a pas conscience de la grande détresse du corps médical libéral. On veut leur faire porter le poids des difficultés d'accès aux soins, dont ils ne sont pas responsables. On veut les obliger à accepter des hausses d'honoraires contre de nouvelles contraintes. On leur propose une hausse indécente de la consultation – 1,50 euros – tout en assortissant des compléments d'honoraires d'un allongement de leur temps de travail, quand la plupart sont submergés par la demande des patients. Je le constate, dans mon département : les praticiens que je rencontre ont atteint un niveau de désespoir que je n'avais encore jamais constaté.

LES MÉDECINS DÉNONCENT NOTAMMENT L'INIQUITÉ DE TRAITEMENT ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL. Y A-T-IL UNE POLITIQUE PRÉFÉRENTIELLE ?

Je dirai que les deux secteurs sont sinistrés. Et les difficultés de l'un rejaillissent sur l'autre, et réciproquement. J'ai été rapporteur, il y a un an, de la Commission d'enquête du Sénat sur la situation à l'hôpital. Outre les carences structurelles du secteur en termes de gouvernance, de tarification, d'organisation des services, de rémunération des personnels, la charge de travail s'alourdit sans cesse avec le vieillissement de la population, l'aggravation des états polypathologiques et la complexité des prises en charge. En amont, les faibles moyens de la médecine de ville accroissent le flux des patients dans les établissements. Je suis également frappée par le cloisonnement entre les deux univers. Les médecins libéraux que je rencontre déplorent souvent de ne plus connaître leurs correspondants à l'hôpital. La réalité, c'est qu'il faut accepter de réinvestir massivement dans le champ de la santé, sans sacrifier l'un au profit de l'autre. Le gouvernement répond en général en citant les investissements consentis dans le cadre du Ségur. Mais, outre qu'il s'agit davantage d'un rattrapage, je tiens à signaler que nous recevons toutes les semaines des oubliés du Ségur ! Réinvestir dans l'ensemble du système de santé représente un coût, certes. Mais il y a des marges de manœuvre, en investissant dans la prévention pour un retour dans plusieurs années, en allégeant les charges administratives, en luttant contre les redondances d'actes.

AVEC CE MALAISE INSTALLÉ, LA DIFFICULTÉ N'EST-ELLE PAS DE RETROUVER LA CONFIANCE, SANS LAQUELLE ON N'INCITE PAS LES MÉDECINS LIBÉRAUX À S'INVESTIR DANS L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ?

Certainement, et c'est le sens même d'un accord conventionnel : c'est un contrat, de gré à gré, basé sur l'entente autour d'objectifs partagés. Au lieu de cela, un règlement arbitral est par essence imposé. La conséquence, c'est qu'il y a un risque réel de découragement, voire de désengagement. Que constate-t-on pourtant ? Une grande majorité de médecins généralistes participent à la permanence des soins. Mais cet investissement n'est pas reconnu. Récemment, chez SOS Médecins, on m'expliquait qu'au vu du faible montant du tarif de la visite, la plupart des praticiens préfèrent consulter sur site. C'est un vrai problème, car ce sont les visites à domicile qui permettent de favoriser le maintien à domicile et de pouvoir suivre certains publics éloignés du soin. En réalité, les solutions existent pour améliorer l'accès aux soins des Français, pourvu qu'elles soient attractives et incitent à la, coordination des soins. Je songe à la 4e année d'internat en médecine générale, et que nous avons porté au Sénat. Cette mesure ne fonctionnera que si tout est fait pour associer les représentants des internes et les élus, mobiliser les doyens et les ordres professionnels, investir dans la maîtrise de stage et proposer un vrai tutorat aux étudiants. Sur la coordination des soins et le partage d'actes, cela doit s'organiser sur la base de protocoles de soins, qui garantissent la position centrale du médecin traitant. Enfin, la Commission des Affaires Sociales reste opposée à toute forme de coercition à l'installation. Mais je le dis aux représentants de la profession : la position est de plus en plus difficile à tenir. Il appartient à la profession de s'organiser pour améliorer l'offre dans les territoires.

À QUELLES CONDITIONS POURRAIT-IL Y AVOIR UNE SORTIE DE CONFLIT ?

D'abord, et nous la réexaminons fin mars, la PPL Rist ne doit pas revenir à la version initiale de l'Assemblée nationale. Nous le refuserions et cela rallumerait l'incendie. Ensuite, le règlement arbitral doit tenir compte des aspirations exprimées par les médecins libéraux. Enfin, le ministère de la Santé doit au plus vite réengager la négociation conventionnelle, avec un nouvel état d'esprit. À défaut, le conflit va se cristalliser, avec des conséquences néfastes pour les patients.

Stéphanie **Combes**

Directrice générale du Health Data Hub

Le Health Data Hub, qu'elle dirige, a récemment présenté le projet P4DP, un consortium destiné à édifier le premier entrepôt de données pour la médecine générale. Bénéficiant d'un soutien de 10 millions d'euros, le P4DP (pour *Platform For Data in Primary Care*), est mené par le Collège de Médecine général, l'Université Côte d'Azur, l'Université de Rouen Normandie, le CHU de Rouen, Loamics, en plus du HDH. Il vise à mobiliser la communauté médicale, en particulier les généralistes, sur l'intérêt de regrouper au sein de cet entrepôt des données utiles pour la recherche ainsi que pour la pertinence des parcours de soins.

Yannick **Frezet**

Vice-président des Généralistes-CSMF

Médecin généraliste exerçant à Rive-de-Gier, dans la Loire, compagnon de longue route de la CSMF et devenu vice-président des Généralistes-CSMF en février dernier, Yannick Frezet a été désigné pour une mission commanditée par le ministre de la Santé, François Braun. But de l'exercice : effectuer un tour de France des SAS, afin de cartographier les projets actuels, identifier les freins et les leviers des organisations actuelles et préparer d'éventuelles adaptations. Il mènera cette mission aux côtés d'un confrère médecin hospitalier et d'un directeur de l'offre de soins d'ARS, avec pour objectif de rendre un rapport sous trois mois.

Sondage

LES GÉNÉRALISTES TOUJOURS POPULAIRES

« 92 % des Français ont une bonne image de leur médecin généraliste, dont 51 % ont une très bonne image », selon une enquête Odexa pour Doctolib, présentée à l'ouverture du Congrès de la Médecine générale France. 69 % des patients estiment par ailleurs pouvoir prendre facilement rendez-vous chez un médecin généraliste. Pour 8 % d'entre eux, la prise de rendez-vous reste malgré tout très difficile, selon l'étude. Les rendez-vous sont pris à 81 % *via* internet ou l'appli mobile.

CERTIFICATS INUTILES : UN SITE WEB POUR LES SUPPRIMER

En janvier, une tribune publiée dans *L'Express*, rassemblant 200 professionnels de santé, appelait à mettre fin à *« sept actes inutiles, stupides ou insultants »*. Leur emboîtant le pas, le CMG a lancé, à l'occasion de son congrès, le site certificats-absurdes.fr, qui recense ces actes embolisés par des démarches administratives sans intérêt : certificats d'absence scolaire, prescriptions médicales de transport, certificats pour absence en raison d'un enfant malade, arrêts maladie de courte durée… Sur le site, les praticiens peuvent aussi passer commande du tampon « Certificats absurdes », illustré d'un crocodile (symbole de la campagne) qu'ils pourront apposer sur les documents qu'ils estiment inutiles. Le CMG espère ainsi faire bouger les pouvoirs publics sur ce sujet. Le plan anti-paperasse, présenté début février par le ministre de la Santé, n'a pas convaincu l'institution qui n'y voit rien de nouveau.

PDS-ES : NON À L'OBLIGATION !

Un député des Vosges, Christophe Naegelen, a déposé mi-mars une proposition de loi visant à imposer une obligation de garde aux cliniques privées et aux spécialistes qui y travaillent. Un avatar de plus dans la dérive autoritaire d'une partie des parlementaires. Franck Devulder lui a répondu fermement par le biais d'un communiqué de presse. *« Monsieur le Député, nous avons tous à souffrir des difficultés d'accès aux soins de la population française. Les médecins libéraux sont en première ligne pour y répondre. Avec plus d'un million de consultations par jour, les médecins libéraux effectuent chaque jour 8 des 10 consultations facturées à l'assurance maladie »* lui expliquait-il, rappelant au passage que *« les médecins spécialistes des cliniques réalisent 60 % de l'activité chirurgicale faite en France, 74 % des anesthésies générales, 80 % des endoscopies digestives »*.

Lionel **Collet**

Futur président de la Haute Autorité de Santé

Le Pr Lionel Collet, PU-PH, à la fois psychiatre et ORL, a également eu une riche carrière de conseiller ministériel. Il a dirigé le cabinet de la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche Geneviève Fioraso, en 2012 et 2013. Il a également été conseiller spécial au cabinet d'Agnès Buzyn en 2017 et 2018, avant de réintégrer le Conseil d'État. L'une de ses dernières était d'avoir pris la présidence du Conseil national de la certification périodique. Mi-mars, il a été désigné par Emmanuel Macron comme successeur de Dominique Le Guludec à la présidence de la Haute Autorité de Santé. Une nomination qui ne devrait pas être remise en cause, même s'il devait, avant publication au *Journal Officiel*, être reçu pour avis par les deux Assemblées du Parlement. Son mandat durera six ans.

Pascal **Meyvaert**

Président du SMCG-CSMF

Le Président du Syndicat des Médecins Coordonnateurs Généralistes, affilié à la CSMF, a récemment signé une tribune avec ses confrères, afin de défendre l'avenir de sa profession. Présentée à l'occasion des Assises Nationales des Soins en Ehpad, cette tribune appelle à séparer les fonctions de coordonnateur et de prescripteur, qui ne doivent pas être exercées par le même praticien. *« En cas de carence médicale, un seul médecin pourra les assurer avec deux contrats et un planning dissociant distinctement les deux fonctions. Mais cela pose un problème quand ce médecin qui a les deux casquettes est absent »*, expliquait-il ce jour-là. L'objectif est de mettre un terme *« à l'ambiguïté concernant le droit de prescription du médecin coordonnateur que l'on voudrait transformer en médecin traitant au détriment de la coordination. »*

en Chiffres

200 millions d'euros

C'est le dépassement de l'ONDAM pour 2022 annoncé par la DSS fin mars, par rapport aux prévisions établies à l'automne dernier, ce qui porte le déficit de la branche maladie à 21 milliards d'euros. Un excédent qui s'explique en priorité par le Ségur de la Santé élargi au social et au médico-social.

+ 13,2 %

C'est, selon Iqvia France, le rythme élevé de progression des dépenses de prescription hospitalière en 2022, due d'abord à la forte hausse des consultations externes, mais également aux coûts liés à l'innovation thérapeutique pour les dépenses intra-hospitalières.

2 600

C'est, d'après le Panorama France HealthTec 2022, le nombre de start-ups françaises qui interviennent dans le champ de la santé. 21 d'entre elles ont été sélectionnées dans le cadre du programme Health20 pour bénéficier d'un accompagnement sur mesure, sous l'égide de PariSanté Campus.

CSMF
Confédération des Syndicats Médicaux Français

29e UNIVERSITÉS DE LA CSMF
ARCACHON 2023

6 7 8 OCT.

FINANCIARISATION DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

un virage dangereux ?

Se prémunir contre la financiarisation

Le 10 mars dernier, à l'occasion de l'AG de la CSMF, il s'adressait aux cadres du syndicat pour évoquer devant eux les risques – mais aussi les opportunités – de financiarisation de la santé, un secteur jugé lucratif par les investisseurs privés.

Olivier Mercier,
Président du directoire d'**Interfimo**

QUELS SONT LES PRINCIPAUX DÉFIS POSÉS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LEURS ENTREPRISES ?

Comme je l'ai dit devant les représentants de la CSMF, les professions de santé sont confrontées à plusieurs transitions majeures qui interrogent leur modèle d'entreprise. Il y a d'abord la transition démographique, avec une baisse continue de la densité médicale, au moins pour les quatre à cinq prochaines années, qui fragilise la pérennité de leur offre de proximité au service de leurs patients. À cela s'ajoute la transition épidémiologique : la population s'accroît, avec une augmentation de l'espérance de vie, mais également des besoins de santé, en raison de la progression des maladies chroniques et des affections de longue durée. Il y a un effet ciseau, aujourd'hui, entre la diminution de l'offre de soins à l'échelle des territoires et la hausse de la demande, d'autant plus problématique qu'elle est de plus en plus polypathologique, et donc complexe et chronophage à prendre en charge. Ce déséquilibre accroît les tensions en termes d'accès aux soins, dont je rappelle que c'est un droit pour tous, inscrit dans le préambule de la Constitution. Troisième transition, les progrès diagnostiques, thérapeutiques, technologiques et numériques s'accélèrent. Ils appellent à investir, notamment parce que ces solutions deviennent essentielles pour répondre aux enjeux du futur en termes de santé.

CES BESOINS EN INVESTISSEMENT EXPOSENT-ELLES LES ENTREPRISES AU RISQUE DE FINANCIARISATION DE LA SANTÉ ?

Incontestablement, et c'est déjà une réalité, même si c'est très variable selon les activités. En biologie, par exemple, le mouvement a déjà eu lieu, car il fallait des moyens considérables pour moderniser les plateaux techniques et permettre l'acquisition des technologies les plus récentes pour répondre aux progrès du diagnostic. Aurait-on pu répondre aux exigences du dépistage du Covid-19 sans ces investissements ? La question se pose. En imagerie, le besoin en capital est également stratégique, pour favoriser entre autres l'intégration des technologies d'IA dans les pratiques de la radiologie, ou parfaire les transmissions intergénérationnelles quand la dette bancaire n'y suffit plus. Par ailleurs, le monde de la finance s'intéresse aujourd'hui aux activités de soins de proximité. Le secteur est par essence attractif : la demande de santé est exponentielle et solvabilisée par l'assurance-maladie. Les marges de profitabilité sont cependant moindres qu'en biologie ou en radiologie. Mais la tendance au regroupement et à la pluriprofessionnalité constitue une opportunité pour les investisseurs extérieurs à l'univers de la santé. Il y a là un point d'attention à surveiller : les professionnels de santé doivent se mobiliser pour conserver la maîtrise de leur outil de travail.

> « Interfimo est, depuis 1969, une société de cautionnement mutuel, créée par et pour les professions libérales réglementées.

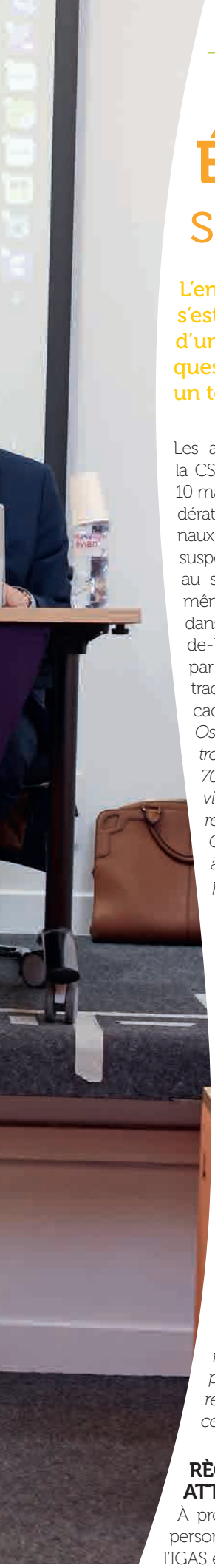
CE RISQUE DE FINANCIARISATION EST-IL PRIS EN COMPTE PAR LES POUVOIRS PUBLICS ? ET COMMENT LES PROFESSIONNELS PEUVENT-ILS AGIR POUR S'EN PRÉMUNIR ?

Oui, c'est un risque clairement identifié, mais qui s'accompagne également d'une nécessité : il faut renforcer davantage ou revoir la structure capitalistique des entreprises de santé. En février dernier est parue l'ordonnance relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées. L'article 70 prévoit, pour les professions de santé, qu'afin de tenir compte des nécessités propres à chaque profession, des décrets en Conseil d'État peuvent prévoir que des personnes physiques ou morales extérieures à la profession, puissent détenir une part du capital mais sans dépasser la moitié du capital de la société. De plus, ces personnes ne peuvent détenir individuellement plus du quart du capital. À ces dispositions, des règles tentant de sécuriser la gouvernance ont été introduites en encadrant les actions à droit de vote double. L'objectif est de permettre d'accroître le potentiel d'investissement de ces sociétés, tout en préservant la maîtrise de leur gouvernance par les professionnels concernés. Car c'est évidemment une menace pour la gouvernance des entreprises libérales de santé, que celle de perdre le contrôle de leurs décisions au profit d'intérêts qui pourraient aller à l'encontre des missions de santé publique qu'elles doivent défendre. Il faut donc attendre les décrets d'application et la vigilance sera de mise sur le dispositif des actions de préférence. De façon globale, les professionnels de santé doivent se former, s'organiser et se regrouper pour combattre toute forme de marchandisation. Et nous serons à leurs côtés pour les conseiller et les soutenir en ce sens.

AUX CÔTÉS DES LIBÉRAUX DEPUIS PLUS DE 50 ANS

Interfimo est, depuis 1969, une société de cautionnement mutuel, créée par et pour les professions libérales réglementées. Destinée à les aider à investir, pour une création ou une reprise d'activité, elle s'appuie sur un fonds de garantie où chaque adhérent cotise. Ce principe de mutualisme permet à toutes les professions libérales de s'entraider pour faciliter l'accès à l'emprunt bancaire. Il y a une trentaine d'années, LCL est entrée au capital d'**Interfimo**. Devenue SA à conseil de surveillance et directoire, une « gouvernance duale » entre les représentants des professionnels libéraux et LCL a été instaurée, véritable atout stratégique au service du monde des professions libérales et des territoires. Avec 205 collaborateurs et 74 bureaux partout en France aux côtés des 1 600 agences LCL, **Interfimo** a en 2022 à travers son cautionnement généré 3,5 milliards d'euros de financement. 14 milliards d'euros d'encours sont portés actuellement, dont 70 % sur le secteur de la santé. Depuis sa création, plus de 50 milliards d'euros auront été distribués aux professions libérales réglementées.

le Dossier



Échec conventionnel : sortir du grand gâchis

L'ensemble des syndicats ont rejeté le projet de convention proposé par la CNAM. La CSMF s'est prononcée massivement le week-end du 11 et 12 mars, dénonçant « le grand gâchis » d'une négociation en trompe-l'œil. À présent, le règlement arbitral se profile, avec une question-clé : une simple étape administrative avant reprise rapide des négociations ? Ou un texte sans consensus, appliqué au forceps pour des mois, voire des années ?

Les autres avaient rendu leur verdict fin février, la CSMF fut la dernière à le faire, le week-end du 10 mars. Une obligation liée aux statuts de la Confédération, tenue de réunir ses représentants régionaux en Assemblée générale extraordinaire. Un faux suspens, bien sûr, tant les avis étaient unanimes au sein des différentes délégations régionales… même si le vote a pu être plus serré qu'ailleurs dans certains territoires, comme la région Hauts-de-France. Une semaine après la fin du délai fixé par la négociation, le président, Franck Devulder, traduisait avec force l'opinion d'une majorité des cadres, dans un communiqué. *« Quel gâchis… Osons comparer les milliards déversés depuis trois ans sur un hôpital en souffrance et les 700 millions d'euros proposés à la médecine de ville. La CSMF demande au gouvernement de rétablir la confiance avec les médecins libéraux. Cela nécessite de revoir la copie afin de donner à la médecine libérale les moyens de s'organiser pour soigner tous les Français. »*

NON À 86 %

Le 12 mars, donc, le syndicat s'est prononcé sans surprise contre le projet de convention, avec 86 % de non parmi les votants. *« Alors que nous demandions une convention donnant aux médecins libéraux les moyens qui leur sont nécessaires pour améliorer l'accès aux soins, le Gouvernement a fait le choix, dans le PLFSS 2023, de faire voter un sous ONDAM de ville 50 % inférieur à l'inflation, notait-elle dans le texte de motion voté. La CSMF dénonce ce mépris de la médecine libérale qui assure plus d'un million de consultations par jour, soit 8 consultations sur 10. La CSMF a su être, dès le premier jour, source de propositions pour améliorer l'accès aux soins et l'attractivité de l'exercice libéral. Nous condamnons le dévoiement qu'en a fait la CNAM dans son projet de texte conventionnel. Cette absence de moyens donnés aux partenaires conventionnels et les contraintes supplémentaires imposées aux médecins libéraux représentent les principales causes de l'échec de ces négociations. »*

RÈGLEMENT ARBITRAL : ATTENTION DANGER !

À présent, place donc au Règlement Arbitral. La personnalités désignée, Annick Morel, inspectrice de l'IGAS en retraite et ancienne présidente du HCAAM, connaît bien l'univers de la médecine libérale. Elle n'a pas perdu de temps, commençant à rencontrer les responsables syndicaux quelques jours après sa nomination. Les leaders de la CSMF ont décrit une arbitre « à l'écoute », mais sans percevoir, bien sûr, l'orientation future de ces décisions. Quoi qu'il en soit, le chronomètre est déclenché : elle a jusqu'au 28 mai pour rendre sa copie, laquelle devra respecter le cadre budgétaire posé par la LFSS et obtenir l'assentiment du ministre de la Santé. Une fois paru au *JO*, le règlement s'applique immédiatement et pour une période de cinq ans… à moins que, et dans une période allant jusqu'à deux ans après la fin de la première négociation, de nouvelles discussions soient convoquées pour tenter de signer un nouvel accord.

DES CONSÉQUENCES À MESURER

Quel sera le contenu de ce règlement ? Les syndicalistes, et au premier rang d'entre eux la CSMF, souhaitent qu'il ne soit pas punitif : après tout, la responsabilité de l'échec doit être partagé par tous. Et adopter des mesures trop négatives, par exemple une réduction des prises en charge des cotisations sociales ou un blocage complet des tarifs reviendrait à « rallumer la poudre » entre le corps médical libéral et le gouvernement. Emmanuel Macron a-t-il besoin d'une nouvelle crise sociale, quand celle sur les retraites enflamme le pays ? Autre problématique, celle-là de fond : cet échec conventionnel aura des répercussions, de même que la multiplication des propositions de loi liberticides, sur l'engagement des médecins en matière d'accès aux soins de la population. Les témoignages convergent : épuisés, écœurés, une partie des praticiens se disent prêts à jeter l'éponge. Le risque de « déplaquage » est à prendre sérieusement en considération, de même que l'appel de certains à se déconventionner. Autre avatar possible, l'hypothèse d'une « désobéissance tarifaire » se profile. Une arme efficace, mais à manier avec précaution, en raison des conséquences contentieuses pour ceux qui la pratiqueront. Enfin, les mouvements lancés dès avant la négociation – grèves de la PDSA, fermeture des cabinets le samedi matin, grève des certificats médicaux – devraient perdurer.

RÉOUVRIR VITE LES NÉGOS

Ce contexte de conflit larvé et durable doit alerter les pouvoirs publics. Un Règlement arbitral trop sévère reviendrait à une déclaration de guerre contre les médecins libéraux. À l'inverse, l'annonce d'une reprise rapide des négociations – à condition que les bases soient revues – permettrait de réinstaurer le dialogue. C'est en tous les cas la proposition portée par la CSMF. *« Nous appelons à la réouverture rapide de vraies négociations avec des moyens suffisants et un état d'esprit d'ouverture où la confiance à l'égard des médecins libéraux doit enfin être le maître mot. »* Le refus de s'y engager reviendrait à enfoncer le clou : définitivement, le second quinquennat Macron, obsédé par sa politique préférentielle envers l'hôpital, tournerait définitivement le dos à la médecine libérale. Avec des conséquences délétères pour la population.

Luc DUQUESNEL
PRÉSIDENT DES GÉNÉRALISTES-CSMF

« Non à l'inégalité orchestrée entre praticiens »

Le 10 mars, à l'occasion d'une Assemblée générale extraordinaire, vous avez décidé de voter à 81 % contre la signature de la convention. Pourquoi ce vote ?

Le texte qui nous a été proposé ne répondait absolument pas aux attentes des généralistes ni aux enjeux pour réduire avec efficacité les difficultés croissantes d'accès aux soins pour la population. Certes, il y avait des éléments positifs dans ce projet de convention, sur trois points essentiellement : l'**assouplissement du dispositif des assistants médicaux,** le principe de la **hiérarchisation** et la **promesse d'une revalorisation** conséquente du Forfait Médecin Traitant. Mais ce sont les arbres qui cachent la forêt des mesures problématiques pour la médecine générale libérale. D'abord, la CNAM voulait instaurer des niveaux de rémunération variables, à travers le Contrat d'engagement territorial. Les conditions d'éligibilité, imposées par l'assurance-maladie, étaient parfaitement discutables, puisqu'elles écartaient *de facto* 60 à 70 % des praticiens. Avec des situations ubuesques, opposant les généralistes au sein d'une même structure d'exercice, en fonction de la possibilité ou non d'accéder à ce contrat. Jamais les Généralistes-CSMF n'accepteront un dispositif inégalitaire, générant des honoraires différents pour des consultations de même qualité.

Quelles seraient les conséquences si de telles mesures devaient être appliquées ?

Au lieu d'améliorer l'accès aux soins, elles contribueraient à sa dégradation. Elles créeraient d'abord une perte d'attractivité de notre métier pour les jeunes médecins, au moment où il faut plus que jamais les inciter à s'engager dans l'exercice libéral. Les impacts seraient dramatiques, pour des organisations qui fonctionnent bien actuellement, comme la PDSA ou les SAS. Et la situation de pénurie aggraverait les conditions d'exercice des praticiens déjà installés dans les territoires les plus en tension. Que dire, sinon, des délais d'application envisagés, soit octobre 2024, pour des mesures censées répondre aux urgences aux difficultés d'installation ? Enfin, je soulignerai les effets délétères d'une dérégulation sur le périmètre d'exercice, qui pourraient inciter les médecins à rejoindre les plateformes de téléconsultations, avec à la clé une baisse de leur niveau de qualité.

Quelles sont vos attentes dans le cadre du règlement arbitral ?

Il faut, *a minima*, quatre axes de mesures, dans l'optique de ne pas désespérer davantage les praticiens, et afin de préparer les nouvelles bases d'une renégociation de la convention qui doit intervenir au plus vite. Nous demandons d'abord une consultation-socle à 30 euros (36 euros dans les DROM), ainsi qu'une hiérarchisation des actes selon la complexité, accessible à tous les généralistes sans distinction. Second point, il faut une rémunération cumulative forfaitaire individuelle pour chaque participation à un engagement collectif populationnel et territorial (PDSA, SAS, Organisation de prise en charge des soins non programmés, Maîtrise de stage universitaire, Équipe de soins primaires, Maison de santé pluriprofessionnelle, Communauté professionnelle territoriale de santé…). Enfin, les mesures destinées à améliorer l'accès aux soins doivent être appliquées immédiatement. Et le plafond de 20 % de téléconsultations doit être réinstauré.

Bruno PERROUTY
PRÉSIDENT DES SPÉCIALISTES-CSMF

Quelle a été la décision des Spécialistes-CSMF face au projet de convention proposée par la CNAM ?

Le vote a été clair : 100 % des représentants des différentes spécialités se sont prononcés contre la signature. Une unanimité qui s'explique par la nature du vote au sein de notre syndicat, puisque ce sont les verticalités qui s'expriment. Le premier motif de mécontentement est lié aux modalités proposées pour la hiérarchisation des actes : elle passait obligatoirement par l'accession au contrat d'engagement territorial, ce qui n'est évidemment pas acceptable. En effet, seuls les praticiens qui participent à la PDS-ES y étaient éligibles… soit seulement 5 % des spécialistes ! Second point de désaccord, la CNAM était prête à accepter une augmentation du point travail, mais de 0,1 point seulement, ce qui serait très loin d'amortir les effets de l'inflation que nous subissons depuis trois ans et surtout le blocage du coût du travail depuis vingt ans. D'autres mesures proposées étaient particulièrement iniques. Sous prétexte de simplifier la nomenclature, il était prévu de supprimer les majorations pour actes complexes et très complexes. La CNAM invoquait le fait qu'elles étaient très peu utilisées… c'est vrai, mais d'abord parce qu'il s'agit d'actes peu fréquents, ce dont il faut se féliciter, et sans doute aussi par la complexité administrative générée par ce type de dispositif ! Cette dévalorisation serait particulièrement brutale pour les neurologues dont les honoraires passeraient de 66,20 à 60 euros pour les actes complexes et de 80,20 à 60 euros pour les actes très complexes.

Quelles sont les revendications des Spécialistes-CSMF dans le cadre du règlement minimal ?

Nous avons rencontré Annick Morel, qui nous a semblé attentive à nos arguments. J'espère qu'elle prendra en compte le contexte de désespérance qui caractérise aujourd'hui notre profession. Si ce règlement devait être punitif, les conséquences pourraient en être dramatiques pour l'ensemble du système de santé. Nous attendons une revalorisation satisfaisante de la consultation de base, une hausse minimale du point travail de 4 % et le desserrement des conditions d'accès au contrat d'engagement territorial, afin qu'il soit accessible à tous et non pas sur des critères individuels. C'est alors que le principe de hiérarchisation des actes prendra tout son sens. Par ailleurs, il est essentiel que de nouvelles négociations s'ouvrent rapidement. Personne n'aura intérêt à faire durer l'application du règlement arbitral. L'enjeu de l'accès aux soins est trop important pour que le conflit perdure entre les pouvoirs publics et le corps médical libéral.

Durant la négociation, vous avez à diverses reprises contesté les chiffrages présentés par les pouvoirs publics. Quels sont vos calculs ?

En effet, il faut être vigilant et argumenter contre les annonces chiffrées lorsqu'elles sont partielles ou orientées. En février dernier, j'ai par exemple contesté les dires de la CNAM, qui parlait de 700 millions d'euros d'augmentation pour la médecine de ville en octobre 2023, avec les propositions formulées par la convention, et au-delà de 1,5 milliard d'euros en année pleine. Or, en détail, le montant réel est de 520 millions d'euros, soit 1,5 euros de plus pour les 300 millions d'actes, auxquels s'ajoutent 50 millions pour des hausses de forfait et 110 millions pour une hausse de 0,1 du point travail. Quant aux 7000 euros annuels supplémentaires par praticien en médecine générale, dûs au + 1,5 euros pour la consultation, il faut en réalité, d'après les chiffres de l'ISPL, parler plutôt de 5686 euros de chiffre d'affaires en plus, mais sur lesquels il faut appliquer un taux de charge moyen de 50 %. Au final, donc le bénéfice net moyen serait de 2843 euros… un chiffre à rapporter à l'inflation… Autant dire que les discours sur l'attitude de nantis déconnectés des réalités du pays ne sont absolument pas entendables.

L'enjeu de l'accès aux soins est trop important pour que le conflit perdure entre les pouvoirs publics et le corps médical libéral.

Yannick FREZET, VICE-PRÉSIDENT DES GÉNÉRALISTES-CSMF

« Le malentendu a été entretenu par les pouvoirs publics »

Les propositions formulées par la CNAM dans le projet de convention n'étaient absolument pas à la hauteur de la demande. On ne peut pas demander à des praticiens, dont la moyenne d'âge est de 58 ans, de doubler leurs efforts, quand la plupart sont déjà engagés dans la permanence des soins, la réponse aux soins non programmés, ou la coordination territoriale. Ce dévouement au service des patients se traduit par des semaines de travail de plus en plus pesantes, et cela n'est pas du tout reconnu par les tutelles. Je noterai d'abord une carence majeure dans le débat actuel : la question de la formation médicale initiale a été totalement étouffée. Tout le monde s'accorde sur la nécessité d'augmenter les effectifs et de multiplier les terrains de stage en médecine de ville, mais rien n'est fait pour le moment. Les facultés de médecine ne sont pas en capacité de répondre aux besoins. Sur le plan conventionnel, le contrat d'engagement territorial n'est pas acceptable sur le plan déontologique, en créant des inégalités tarifaires au sein même des cabinets. Dans ma structure, l'une de nos associées, qui travaille à son rythme – et c'est son droit, puisqu'elle est libérale –, ne répondrait pas aux exigences posées et ne pourrait appliquer le tarif majoré. Mais la médecine qu'elle pratique n'est pas en cause : quelle justification, vis-à-vis du patient, pour cette différence tarifaire ? Enfin, les délais d'application proposés par la CNAM sur les mesures censées améliorer l'accès aux soins sont incompréhensibles. Elles doivent être adoptées de façon urgente, car c'est maintenant qu'il faut agir.

Frédérique DULORME PÉDIATRE, PRÉSIDENTE DE L'URPS GUADELOUPE

« Les difficultés d'accès aux soins risquent de s'aggraver »

Le scénario absurde de cette négociation conventionnelle, où les arguments des syndicats n'ont pas été entendus, où les textes étaient présentés par power point sans espace de discussion, où l'assurance-maladie refusait de dévoiler ses intentions en termes de moyens engagés jusqu'aux derniers jours, est révélateur de l'état d'esprit des pouvoirs publics. Ils n'avaient aucunement l'intention d'investir au profit de la médecine de ville. Mieux, l'examen parlementaire autour de la PPL Rist montre qu'ils avaient prévu de verrouiller par la loi l'organisation des soins de premier recours. Pire, on a le sentiment qu'ils veulent faire porter aux médecins libéraux les difficultés d'accès aux soins. Pourtant, les patients constatent tous les jours à quel point nous sommes engagés pour suivre leur santé. Nous allons au charbon, sans aucune considération de la part des décideurs ! Les propositions qui nous ont été faites sont indécentes. Au-delà des conditions tarifaires, l'assurance-maladie ne porte aucune attention à la pénibilité de notre travail, aux semaines de travail à rallonge, aux précieux services que nous rendons à la population. Si la politique des droits et devoirs proposée par la CSMF est reprise dans les discours, sa traduction dans les faits reste insuffisante. Sur la hiérarchisation des consultations, par exemple, c'est insuffisant : notre expertise n'est pas reconnue à sa juste valeur. Dans les départements et régions et d'Outre-mer, les retours de terrain témoignent de l'abattement des médecins libéraux. Il y a un risque réel que certains décident de « déplaquer » plus tôt… c'est d'autant plus inquiétant que la relève n'est pas là !

Jean-Baptiste CAILLARD PRÉSIDENT DE L'URPS PAYS-DE-LOIRE

« Accroître le désarroi… et la colère »

Dans notre région, les élus CSMF se sont prononcés à 75 % contre la convention. En dépit de quelques avancées obtenues au fil de la négociation, il est clair que les comptes n'y étaient pas. Je dirais que, par rapport à la politique des droits et devoirs qui porte l'action de la CSMF, le sujet a été pris à l'envers : la logique des devoirs l'emporte largement, et les droits des médecins libéraux, et d'abord celui d'exercer librement leur exercice en bénéficiant de la valorisation de leur expertise, sont passés au second plan ! Le principe de la hiérarchisation a certes été posé, mais sa traduction n'est pas à la hauteur. Que dire, sinon, du contrat d'engagement territorial, sur une base individuelle qui reviendrait à créer plusieurs catégories de médecins libéraux, entre ceux éligibles et ceux qui ne le sont pas ? Derrière cette convention, il y a la philosophie du « travailler plus pour gagner plus »… c'est indécent, quand on connaît le niveau d'épuisement des praticiens, mais également l'engagement sans failles de la plupart d'entre eux, impliqués dans la PDS, les soins non programmés ou la coordination territoriale. La conséquence de cet épisode malheureux, c'est d'accroître potentiellement le désarroi ou la colère, mais également la perte d'attractivité de l'exercice libéral pour les jeunes générations. Au lieu d'améliorer l'accès aux soins, le gouvernement risque d'accentuer la progression des déserts médicaux. Il est donc urgent de dépasser l'étape du règlement arbitral et d'engager rapidement de nouvelles négociations, avec un autre état d'esprit… et surtout des moyens supplémentaires pour le budget des soins de ville.

Bertrand LEGRAND
PRÉSIDENT DES GÉNÉRALISTES-CSMF HAUTS-DE-FRANCE

« J'étais favorable à la signature »

Dans les Hauts-de-France, les avis étaient assez partagés : 41 % des votants se sont ainsi prononcés en faveur de la signature de la convention. À titre personnel, j'y étais favorable, après avoir lu en détail et avec attention l'ensemble des propositions. Il fallait, à mon sens, se pencher plus en profondeur sur certaines lignes creuses du texte, qui offraient de réelles perspectives sur certains points. Je pense notamment à la télémédecine, avec des garanties – en tous les cas sur le papier – pour consolider le principe d'une pratique de territoire, en proximité des patients, et favorisant l'usage par le médecin traitant au profit de sa patientèle. Second point, je considère que sur l'engagement territorial, les conditions d'accès n'étaient pas si fermées qu'on a pu le dire : la mesure d'accès à ce dispositif devait porter sur le dernier semestre 2024, avec des objectifs de progression de la file active qui étaient réalisables par une majorité de praticiens, à condition bien sûr de s'y engager en amont. Par ailleurs, il me semble qu'il s'agissait moins d'un contrat individuel – il n'était pas prévu de signature par chacun – que d'une création de nouvelle catégorie d'acte. Enfin, il faut souligner l'effort notable sur l'augmentation proposée pour le Forfait Médecin Traitant. En faisant mes calculs, j'ai estimé que mon chiffre d'affaires, au vu de mon activité actuelle, aurait augmenté de 70 000 euros par an. Je comprends, bien sûr, la logique du vote qui explique la décision des Généralistes-CSMF, et je ne la conteste pas. Je déplore cependant les suites à craindre de cet échec : un règlement arbitral qui pourrait être moins favorable, notamment sur la prise en charge des cotisations, l'hypothèse d'une réouverture rapide des négociations à laquelle je ne crois pas, même si je souhaite me tromper. J'espère que nous n'avons pas manqué un tournant majeur pour la profession. Et je rappelle que la CSMF reste profondément conventionniste.

Christian SCHMIDT DE LA BRÉLIE
PRÉSIDENT DE KLESIA

« La place des AMC doit être débattue »

En tant qu'assureur complémentaire, nous avions bien entendu calculé les impacts financiers d'une éventuelle signature de la convention. La dépense supplémentaire aurait été de l'ordre de 400 millions d'euros, liée essentiellement à la hausse du ticket modérateur et à l'augmentation du forfait médecin traitant, que nous finançons à 30 %. Avec l'échec des négociations et le règlement arbitral, nous estimons que le surcoût devrait être compris entre 100 et 200 millions d'euros. Pour nos entreprises, qui ont besoin de visibilité pour établir des niveaux futurs de cotisations, ces incertitudes renforcent notre position de « payeur aveugle ». Par ailleurs, d'autres questions se posent : quelles seront les conséquences de cette situation en matière de dépassement d'honoraires ? Ces péripéties politiques justifient notre position aujourd'hui : plus que jamais, il est nécessaire de travailler en partenariat avec les professionnels de santé de ville, afin d'imaginer de nouvelles couvertures assurantielles innovantes. Les transferts AMO-AMC décidés chaque année dans le cadre de la LFSS, sans visibilité ni projet structurant pour améliorer la couverture des assurés, ne peuvent plus être de mise. Nous appelons à un vrai débat de fond : les AMC ont un rôle à jouer pour améliorer l'accès aux soins, sécuriser les parcours de santé des patients, développer une stratégie innovante en matière de prévention. Le succès du 100 % Santé en témoigne : les AMC sont prêts à jouer le jeu, à condition qu'il y ait un vrai dialogue constructif avec les pouvoirs publics, afin de concevoir des solutions de progrès au bénéfice des patients. Par ailleurs, les médecins ont tout à gagner à être pleinement associés à ces discussions. Et de nouveaux champs assurantiels pourraient être explorés, avec l'ambition partagée de rendre de meilleurs services à la population.

Stéphanie Hervier
Directrice Générale
de **Medaviz**

Engagés pour une téléconsultation de territoire

La directrice générale de Medaviz détaille la raison d'être du partenariat signé en février dernier avec la CSMF, au profit d'une approche éthique et territoriale de la télémédecine.

QUELLE EST L'HISTOIRE DE MEDAVIZ ?

Avec Guillaume Lesdos, nous avons créé la société avec un médecin de l'hôpital à domicile de Lorient, le Dr Jean Spalaïkovitch, en novembre 2014. Le constat de départ était simple : la Bretagne sud souffrait d'une répartition très inégale de l'offre de soins, engendrant des zones, dans l'arrière-pays notamment, sans médecins pour des habitants isolés et souvent en perte d'autonomie. Nous avons considéré que la télémédecine, dont les bases avaient été posées en 2009 avec la loi HPST, pouvait répondre en partie à cet enjeu territorial en matière d'accès aux soins. **Medaviz** est donc l'un des pionniers, en France, de la téléconsultation. Dès l'origine, nous avons pris le parti d'être en conformité avec la vision portée par les pouvoirs publics, celle d'une télémédecine de proximité, inscrite dans le parcours de soins des patients. La signature de l'avenant n° 6 en 2018 a permis d'accompagner notre développement vers la médecine de ville, les établissements et les organisations territoriales de santé. Aujourd'hui, nous sommes éditeurs de logiciels SaaS, avec une gamme complète d'outils pour les professionnels de santé, associant un module de téléconsultation, un module de téléexpertise, une messagerie sécurisée, un module d'adressage de patients entre professionnels, un module de gestion des disponibilités des praticiens et des plannings de vacation. **Medaviz** est désormais référencé dans *Mon Espace Santé* et interface au *Service d'Accès aux Soins*.

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS AUJOURD'HUI SUR LE POTENTIEL DE LA TÉLÉCONSULTATION POUR FAVORISER UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS ?

La crise sanitaire a démontré l'intérêt de cette solution et a définitivement inscrit la pratique dans le quotidien des médecins comme des citoyens. Les volumes de téléconsultation que nous réalisons ont été multipliés par 35 durant les phases aigües du Covid, avec un fort retour de satisfaction des usagers. En 2020, nous sommes ainsi passés de 1 000 téléconsultations par semaine à 5 000 par jour. La proportion s'est tassée avec la sortie de crise : de 27 % des actes médicaux réalisés en téléconsultation sur l'ensemble du pays fin mars 2020, elle est redescendue aujourd'hui aux alentours de 3 %. Mais elle est amenée à progresser, avec la construction de parcours bien définis : le suivi de patients après passage aux urgences d'un hôpital, le suivi de patients en dialyse à domicile, la téléconsultation en anesthésie pré-opératoire, etc. Notre credo, chez **Medaviz**, c'est de faire évoluer les outils de façon à rapprocher toujours plus les soignants des patients, au service d'une médecine de qualité, dans le respect de parcours de santé optimisés. Plus globalement, la télémédecine doit permettre d'améliorer l'accès aux soins, mais également de prolonger le lien avec les patients au-delà des temps de consultation, de développer de nouvelles approches en prévention et en éducation à la santé, de permettre le télésuivi lorsque c'est nécessaire.

C'EST DANS CE SENS QUE VOUS AVEZ DÉCIDÉ DE SIGNER UNE CHARTE D'ENGAGEMENT AVEC LA CSMF ? AVEC QUELLES AMBITIONS AU SERVICE DES MÉDECINS LIBÉRAUX ?

En effet, nous partageons avec la CSMF la même philosophie. Les opérateurs se multiplient dans le champ de la télémédecine, avec le déploiement d'offres commerciales parfois déconnectées des exigences éthiques. Pour nous, la télémédecine doit être un support pour renforcer le lien entre l'équipe médicale et ses patients, et ne peut pas être réduite à une simple prestation de service à distance. C'est pourquoi, avec la CSMF, nous souhaitons accompagner l'engagement des praticiens dans la téléconsultation et la téléexpertise, soutenir leur besoin de formation, les aider à monter des projets innovants à l'échelle des territoires. Nous en sommes convaincus : ces technologies vont permettre d'accélérer des projets portés par la CSMF, comme le développement des Équipes de Soins Spécialisés. Les premières expériences, déployées en Île-de-France en cardiologie, et en PACA en neurologie, démontrent le potentiel des outils numériques pour bâtir des organisations innovantes. Nous nous réjouissons de pouvoir nous impliquer aux côtés des porteurs de projets.

Charte d'engagement CSMF/Medaviz

Pour une télémédecine de parcours, porteuse des valeurs et des ambitions de la Convention

La Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) et **Medaviz**, éditeur de solutions numériques pour les acteurs de la santé, partagent depuis plusieurs années le sens commun de la défense du parcours de soins et de l'évolution d'un secteur médical porté par l'innovation. La CSMF, aujourd'hui présidée par le Dr Franck Devulder, n'a de cesse de promouvoir une médecine dont les racines demeurent la conviction d'un exercice sous contrat avec la société. Elle accompagne par ailleurs les médecins dans leur développement et leur formation, pour pérenniser une pratique porteuse de progrès, tout en plaçant la médecine libérale au rang de véritable acteur économique national. **Medaviz**, fondée par le Dr Jean Spalaikovitch et Guillaume Lesdos (son président encore aujourd'hui), œuvre depuis sa création pour le développement de l'innovation numérique ancré dans les spécificités du modèle de soin français, dans les réalités de l'exercice médical d'aujourd'hui, et dans le respect des textes conventionnels, ordinaux ou législatifs.
Ayant constaté depuis plusieurs années leur vision commune, la CSMF et **Medaviz** regrettent en revanche que le développement du numérique en santé reste encore loin des ambitions qui étaient celles des partenaires conventionnels lors de la signature de l'Avenant 6 il y a plus de 4 ans, et qu'il soit parfois peu conforme à l'intention de cet avenant et de ceux qui l'ont suivi. La CSMF et **Medaviz** souhaitent aujourd'hui s'engager pour une nouvelle structuration de leur effort respectif, en s'accordant sur 3 axes convergents pour une pratique médicale résolument novatrice et vertueuse.

Accompagner tous les médecins libéraux dans l'évolution de leur pratique à l'heure du numérique (téléconsultation, téléexpertise, etc.) : **Medaviz** et la CSMF regrettent que la communication autour de la téléconsultation soit aujourd'hui massivement occupée par la mise en avant de pratiques présentant des entorses aux principes conventionnels et à l'éthique médicale. Ils regrettent aussi que ces dérives puissent jeter l'opprobre sur une pratique qui doit être au contraire encouragée pour apporter sa contribution aux défis actuels de notre système de santé. Dans cette optique, **Medaviz** et la CSMF déclarent vouloir soutenir l'effort des médecins libéraux français pour que chacun d'entre eux puisse intégrer sereinement et efficacement le numérique à leur exercice avec leur patientèle. Cela passe par la délivrance à tout médecin se reconnaissant dans cette ambition d'un compte de téléconsultation et d'une formation à la pratique.

Encourager le déploiement de dispositifs de Téléconsultation assistée et augmentée en équipes de soins territoriales de premier recours : la CSMF et **Medaviz** décident de contribuer conjointement à l'effort de mise en place de projets territoriaux de télémédecine. Bien qu'encouragés de longue date par les différentes conventions professionnelles (infirmiers, pharmaciens, etc.) et interprofessionnelles, la réalité des déploiements de ces quelques dernières années ne présente que peu de succès d'usage et d'échelle. En parallèle, beaucoup de dispositifs médicaux et objets connectés ont abouti à des échecs d'appropriation par le territoire, parce que trop lourds ou complexes pour être adoptés par les usagers, ou parce que trop déconnectés des territoires et des professionnels qui les animent. La prise en charge de parcours territoriaux en équipe de soins pluridisciplinaires (en téléconsultation assistée notamment) promet pourtant de réels gains d'efficacité dans la prise en charge des patients, la réduction du temps perdu par les praticiens, et l'augmentation de leur confort d'exercice. **Medaviz** a déjà déployé des dispositifs légers, décentralisés et fluides pour que l'exercice de la téléconsultation assistée et augmentée en équipe locale puisse voir le jour. Ensemble avec la CSMF, ils souhaitent étendre le montage de ce type d'équipes locales, que ce soit à l'échelle d'ESP, de MSP, de CPTS ou d'autres échelons territoriaux.

Soutenir les porteurs de projets d'Équipes de Soins Spécialisés (ESS) pour l'accélération du déploiement des parcours numériques dans l'accès au second recours : La CSMF s'est investie très tôt dans la réflexion autour des Équipes de Soins Spécialisés et dans la définition de ce qui pourraient être leur périmètre et leurs missions. Ces travaux prospectifs ont inspiré quelques porteurs de projet en France qui ont démarré des premières expérimentations sur ces bases. **Medaviz** a pu accompagner les deux premières ESS pilotes soutenues par leur ARS : l'ESS Cardiologie en Île-de-France et l'ESS Neurologie en Comtat Venaissin. Accompagnement qui a vu **Medaviz** aider les porteurs de projets dans la conception de leur parcours numérique, dans sa documentation pour les partenaires et tutelles, et dans son déploiement avec le logiciel de parcours **Medaviz Territoires**. À l'heure où le financement des ESS est discuté entre les partenaires conventionnels pour préparer une ouverture à grande échelle de ce format, **Medaviz** et la CSMF s'accordent pour accompagner les porteurs de projets qui souhaiteront s'investir dans cette nouvelle dynamique de territoire, afin de leur donner les meilleures chances de succès : mise à profit de tout le corpus déjà accumulé par la CSMF sur le sujet lors des phases préalables et des phases expérimentales ; préparation par **Medaviz** du kit documentaire permettant au porteur de projet de convaincre ses partenaires (confrères et tutelles) de façon complète, adossé au logiciel de parcours numérique **Medaviz Territoires**.

Antibiorésistance
Des outils précieux pour bien prescrire

La prescription des anti-infectieux n'est pas chose facile, d'autant qu'elle doit impérativement s'inscrire dans l'enjeu de la lutte contre l'antibiorésistance. Une appli, Antibioclic, permet d'aider les professionnels à faire les bons choix.

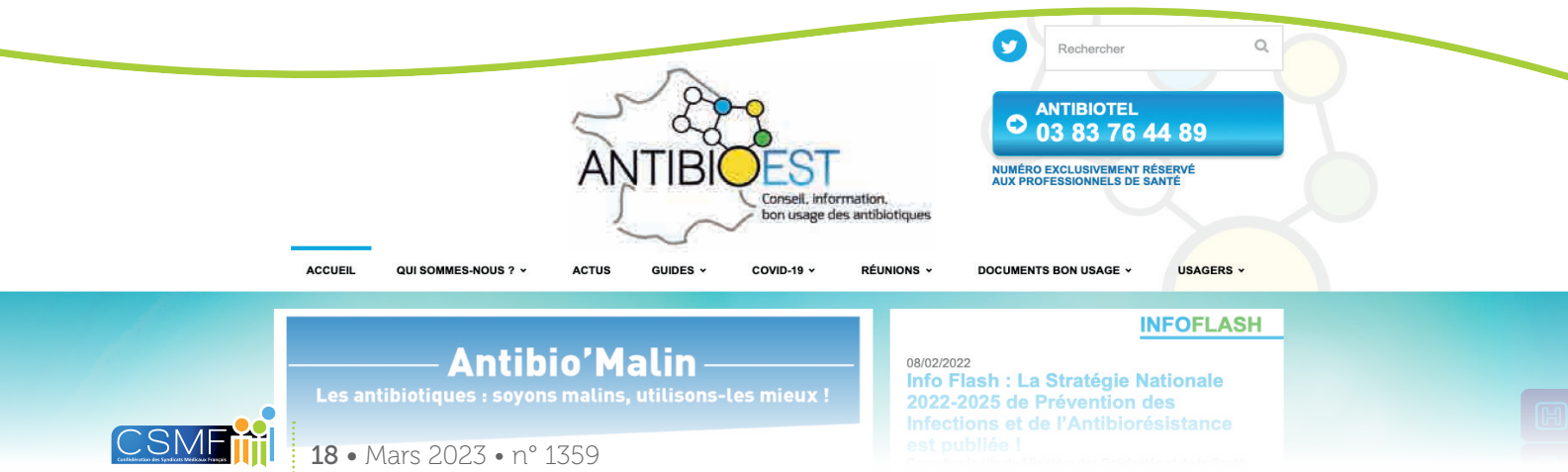
En 2050, l'antibiorésistance pourrait être à l'origine, selon l'OMS, d'un décès toutes les trois secondes. Un défi de politique sanitaire majeure, donc, appelant des mesures fortes, plurielles et durables, à appliquer de façon transversale dans les champs de la santé humaine, de la santé animale et de la santé environnementale. Comme l'expliquait le Pr Céline Pulcini, cheffe de projet national à l'antibiorésistance au ministère de la Santé et de la Prévention, à l'occasion d'un colloque de Coopération Santé à l'automne dernier, *« l'antibiorésistance constitue l'une des dix menaces sanitaires majeures identifiées par l'OMS. À l'origine de 1,3 millions de décès par an dans le monde, elle provoque également 133 000 décès par an en Europe, 5 500 en France et 125 000 cas d'infection »*. En vingt ans, les plans d'action successifs ont permis en France d'obtenir des résultats probants. *« Après une amélioration au début des années 2000, puis une reprise de la consommation d'antibiotiques à partir de 2005-2007, les mesures adoptées depuis dix ans ont fini par payer à partir de 2016, avec une baisse des volumes consommés et des cas de résistance observés en santé humaine comme animale, ainsi qu'une diminution nette des infections liées aux soins. »*

UNE PRESCRIPTION DÉLICATE

Cependant, les progrès restent lents, avec des à-coups, comme par exemple après le Covid. L'un des enjeux majeurs, parmi d'autres priorités, reste d'accompagner au quotidien les prescripteurs. L'arsenal des antibiotiques, complexe d'usage, requiert une information qualifiée, aisément accessible, aidant le praticien à délivrer les bons produits aux bonnes doses aux bons patients. Dans ce but, le Pr Élisabeth Bouvet, actuellement membre du Collège de la HAS et présidente de la Commission technique des vaccinations, présentait dans le même colloque les atouts d'Antibioclic, une appli inspirée de son expérience à la tête du service qu'elle dirigeait à l'Hôpital Bichat. *« Nous avions lancé un guide de prescription à l'usage des internes, peu formés sur l'antibiothérapie. Nous avons eu l'idée de le transformer en outil numérique, accessible gratuitement pour tous ceux qui le souhaitent. »* Avec 1 000 connexions par jour pour commencer, puis 10 à 15 000 aujourd'hui, ce service a rencontré son public, *« essentiellement des médecins généralistes, plutôt jeunes et exerçant en groupe »*. Des évaluations ont montré un impact positif sur le bon usage des antibiotiques, la durée et le dosage prescrits, et donc la réduction des risques en termes d'antibiorésistance. L'idée est d'étendre les professionnels visés, notamment les chirurgiens-dentistes, mais également de concevoir une version plus simple pour le grand public.

ANTIBIOEST, UN SITE UTILE

Ce service en ligne est accessible sur diverses plateformes régionales, comme par exemple le site AntiBioEst. Créé par le Centre de Conseil en Antibiothérapie de la région Est, ce site, très bien conçu et aujourd'hui parvenu à sa 9e version, présente également des actualités régulièrement mises à jour, des référentiels en accès libre (Antibioguide pour les établissements, Antibioville pour les médecins libéraux, Antibiodentaire pour les dentistes), une ligne téléphonique dédiée (Antibiotel), des ressources d'agenda et de formation. Le contenu est notamment fourni par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), une société savante qui place la lutte contre l'antibiorésistance au cœur de son projet scientifique. *« Son rôle est d'étudier en permanence l'état de l'art, afin de produire des référentiels conformes aux évolutions scientifiques et thérapeutiques*, indique son président, Bernard Castan, infectiologue au CH de Perigueux. *Nos travaux visent à analyser le bon positionnement des différents antibiotiques face aux pathologies concernées, les dosages et les durées de traitement appropriés, ainsi que les risques à surveiller en matière de résistance. »* Mais la mission de la SPILF ne se limite pas à ce travail de fond. *« Encore faut-il veiller à la bonne appropriation de ces connaissances*, précise Bernard Castan. *C'est pourquoi nous nous organisons pour offrir un accompagnement au plan local, à travers les centres régionaux d'antibiothérapies. Ils offrent un maillage territorial qui est essentiel pour promouvoir une pédagogie efficace. »*



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

PAPILLOMAVIRUS : VERS UNE CAMPAGNE DE VACCINATION GRATUITE DANS LES COLLÈGES

Une campagne de vaccination généralisée contre les papillomavirus sera lancée dans les collèges français, dès la prochaine rentrée scolaire. Cette opération spéciale ciblera les élèves de cinquième, filles et garçons confondus. Totalement gratuite, elle reposera sur la base du volontariat. La généralisation de cette mesure doit permettre de mieux prévenir les lésions cancéreuses et les cancers invasifs induits par les HPV. Expérimentée pendant deux ans dans la région Grand Est, cette initiative aurait montré d'excellents résultats. À noter : le dispositif expérimental était fondé sur l'implantation d'un centre de vaccination dans les établissements participants, avec une première séance d'information et deux séances ultérieures de vaccination. Selon les estimations du gouvernement, 800 000 élèves pourraient être vaccinés chaque année dans les collèges. Les experts sont formels : la vaccination contre les papillomavirus reste le meilleur moyen de prévention, mais elle est encore trop peu répandue en France. Les enjeux de santé publique ne sont pas anodins. Chaque année, les HPV sont responsables de 30 000 lésions précancéreuses du col de l'utérus dépistées et traitées, et de 6 000 nouveaux cas de cancers. Au-delà des médecins, les infirmiers, les pharmaciens et les sages-femmes pourront prescrire et administrer le vaccin en septembre prochain*.

(*) Ces trois professions pourront vacciner les adolescents entre 11 et 14 ans, et dans certains cas jusqu'à 19 ans.

Égalité femmes-hommes : une centaine de mesures concrètes

À l'occasion de la journée mondiale des droits des femmes, qui se tient chaque année le 8 mars, le gouvernement a présenté son nouveau plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes. Cette stratégie quinquenale comporte une centaine de mesures articulées autour de quatre grands piliers : la lutte contre les violences faites aux femmes ; la santé des femmes ; l'égalité professionnelle et économique ; la culture de l'égalité. Dans le prolongement de la stratégie nationale de lutte contre l'endométriose, plusieurs dispositions sont destinées à améliorer la santé de la femme. Parmi elles, citons notamment le remboursement des protections périodiques réutilisables pour les femmes de vingt-cinq ans et moins dès l'an prochain, mais aussi la meilleure prise en compte des conséquences dues aux fausses couches, avec la suppression du délai de carence dès le premier jour de l'arrêt de travail. En marge de ces annonces, Élisabeth Borne a confirmé sa position sur le droit à l'avortement, disant ouvertement soutenir le principe de son inscription dans la loi fondamentale.

Conduites addictives : le gouvernement dévoile sa stratégie

> **La réussite de cette politique publique exige la mobilisation de tous, chacun ayant un rôle à jouer pour réduire les conséquences négatives des addictions.**

Le gouvernement vient de dévoiler la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives pour la période 2023-2027. Alcool, tabac, drogues, jeux d'argent et de hasard, outils numériques… L'enjeu consistera notamment à mieux prévenir les consommations et les comportements à risque. Trois orientations prioritaires ont été fixées : donner à chacun la liberté de choisir, accélérer la protection, notamment des mineurs, dans les milieux de vie et s'assurer que les environnements de travail soient protecteurs et ne génèrent pas de pratiques addictives. Parmi d'autres leviers, la prévention et l'éducation contre les drogues et les conduites addictives feront l'objet d'une attention particulière. À noter : cette stratégie publique sera enrichie par des plans et des programmes opérationnels, nationaux et locaux, établis en concertation avec les professionnels, les élus et les partenaires locaux. *« La réussite de cette politique publique exige la mobilisation de tous, chacun ayant un rôle à jouer pour réduire les conséquences négatives des addictions »,* rappelle le gouvernement, qui entend agir sur l'offre mais aussi sur la demande, que ce soit au niveau local, national ou international.

sanofi

Hubert de Ruty
Directeur Général
de **Sanofi GenMed**

Engagés pour l'innovation…et la transformation

DG de Sanofi GenMed, Hubert de Ruty décrit les priorités de la division qu'il dirige, orienté vers un modèle global d'innovation en santé.

VOUS ÊTES LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA DIVISION GENMED DE SANOFI. QUEL EST SON DOMAINE D'INTERVENTION ?

Sanofi GenMed – pour General Medicines – regroupe environ 50 % de l'activité du groupe dans le domaine du médicament. **Sanofi**, je le rappelle, est une grande entreprise française à rayonnement mondial, possédant l'un des plus larges portefeuilles de produits pharmaceutiques. Au sein de GenMed France, que je dirige depuis deux ans et demi après avoir dirigé Sanofi Italie et Malte durant trois ans, nous gérons à la fois des produits d'innovation, à fort impact pour la santé des patients, mais également des produits dits matures.
La division se répartit entre quatre franchises thérapeutiques : le cardio-vasculaire, le diabète, la transplantation et la médecine interne, qui comprend notamment des spécialités d'antibiothérapie. Sur chacune de ces aires thérapeutiques, **Sanofi** se positionne parmi les entreprises les plus innovantes. En cardiologie, par exemple, nous avons mis au point un traitement pour les patients atteints d'hypercholesterolémie familiale. Dans le domaine du diabète, nous sommes leaders dans la gamme des insulines, présents sur l'ensemble des segments. Enfin, dans la transplantation, nous développons un traitement chez les patients atteints de la maladie du greffon contre l'hôte, particulièrement prometteur.

AUJOURD'HUI, L'INNOVATION N'EST PLUS SEULEMENT THÉRAPEUTIQUE, MAIS ÉGALEMENT TECHNOLOGIQUE, NUMÉRIQUE ET ORGANISATIONNELLE. COMMENT VOUS Y ENGAGEZ-VOUS ?

C'est un axe central de notre modèle de développement. Les entreprises pharmaceutiques se doivent en effet d'investir pour s'assurer que le bon traitement est délivré au bon patient, à la bonne dose et au bon moment. Les progrès technologiques et numériques sont un levier puissant pour y parvenir. Nous sommes très engagés dans cette voie, par le biais notamment de partenariats et/ou d'acquisitions d'entreprises du secteur, avec des sociétés déjà avancées, et des start-ups que nous accompagnons jusqu'à la preuve de concept. Dans le diabète, nous avons récemment annoncé le lancement d'un capteur de données connecté adapté à tous les stylos à injection d'insuline de **Sanofi**. L'initiative, menée en association avec des plateformes de suivi, permet une télésurveillance des données issues du patient, avec à la clé une gestion facilitée de leurs injections d'insuline. Ces exemples, parmi d'autres, témoignent de notre détermination : s'appuyer sur tous les déterminants de l'innovation pour changer la santé.

L'UN DES DÉFIS RESTE DE RENDRE L'INNOVATION EN SANTÉ ACCESSIBLE AUX PROFESSIONNELS COMME AUX PATIENTS, DANS UN CONTEXTE DE FORTE TENSION EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS. AVEZ-VOUS VOCATION À Y CONTRIBUER ?

Absolument, et c'est l'un des vecteurs qui conduisent la transformation de notre modèle d'entreprise. Il nous faut dépasser la simple approche promotionnelle de nos produits et bâtir avec les professionnels et les représentants des patients des solutions globales, améliorant la précision des diagnostics, la qualité des prises en charge et le confort de vie des patients. Dans le domaine du diabète, par exemple, notre objectif est de favoriser une meilleure titration des patients, mais également d'améliorer la connaissance de leur pathologie. Nous créons actuellement une unité dédiée à l'accompagnement des nouvelles structures territoriales d'organisation, comme les MSP, les CPTS, les ESP et les ESS. L'écosystème édifié par les autorités, en particulier dans le numérique en santé, constitue une opportunité que nous devons saisir tous ensemble.

POUR UNE PLANÈTE PLUS DURABLE… ET PLUS ÉQUITABLE

En tant que leader français de l'industrie pharmaceutique, le groupe **Sanofi** entend donner l'exemple en matière de développement durable et d'engagement citoyen. Sur le plan environnemental, nous nous sommes engagés vers la neutralité carbone d'ici à 2030, et le zéro émissions nette d'ici à 2045. En France, nous avons d'ailleurs déjà réduit, entre 2019 et 2021, les émissions GES liées à nos activités de 20 % (scope 1 & 2) et de 25 % au niveau mondial. Des programmes spécifiques pour réduire nos émissions sont engagés sur une large majorité de nos sites de production. Et nous avons réduit drastiquement nos prélèvements en eau.
À ce jour, tous nos sites en France sont alimentés par de l'électricité 100 % renouvelable. Mais nous voulons aller plus loin. En partenariat avec EDF Renouvelables, nos sites d'Aramon et de Montpellier vont se doter en 2023 de parcs solaires qui produiront 11 à 17 % de leur consommation annuelle en électricité.
Acteur économique mais également sociétal, **Sanofi** est par ailleurs devenu en juillet dernier partenaire premium des JO Paris 2024. Un choix visant à associer ses 100 000 collaborateurs à l'esprit olympique et à mettre en avant les valeurs d'inclusion, de diversité et d'ouverture au monde, au cœur de son projet d'entreprise.

Règlement arbitral : enjeux et perspectives

Les négociations conventionnelles ont été rompues fin février. Selon le Code de la Sécurité sociale, un règlement arbitral doit être arrêté dans les trois mois, soit avant fin mai.

QUELLES SONT LES IMPLICATIONS POUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX ?

Les dernières propositions de l'assurance maladie n'ont convaincu personne. La CSMF ne signera pas la nouvelle convention médicale… et les cinq autres syndicats médicaux non plus. Le désaccord conventionnel sera donc réglé par un tiers, chargé de rédiger un projet de règlement arbitral, qui devra être validé par les tutelles ministérielles. Ce texte encadrera provisoirement les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux.

CE QUE DISENT LES TEXTES

Prévue par le Code de la Sécurité sociale, cette procédure est déclenchée en cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention… ou en cas d'opposition à une nouvelle convention. Désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés, un arbitre doit alors arrêter un projet de convention ou d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé. Son projet doit être soumis aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale pour approbation et publication. Ces derniers peuvent s'y opposer, soit en invoquant une non-conformité aux lois et règlements en vigueur, soit pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins.

> Le projet de règlement arbitral ne présente aucune garantie pour les médecins libéraux

UN DÉLAI DE TROIS MOIS

Aucun accord n'ayant été signé un mois avant l'échéance de la précédente convention, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie a constaté la rupture des négociations le 28 février dernier. Comme le prévoient les textes, elle a également saisi un arbitre pour trancher le litige conventionnel. Énarque de formation et ancienne inspectrice générale des affaires sociales, aujourd'hui retraitée, Annick Morel* a été officiellement chargée de rédiger un projet de règlement arbitral… après audition des représentants de la caisse et des syndicats représentatifs. Pour mémoire, elle avait été désignée par les partenaires conventionnels, en amont de la négociation. Officiellement mandatée fin février, elle devra rendre sa copie aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans un délai de trois mois, soit avant la fin du mois de mai.

VERS UNE NOUVELLE NÉGOCIATION

Les textes sont formels : le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. À la manière d'une convention, il sera publié

Les honoraires des médecins libéraux non régis par le règlement arbitral donnent lieu à une prise en charge sur la base des tarifs d'autorité.

au *Journal officiel* et s'appliquera dès sa parution, exception faite des éventuelles revalorisations tarifaires soumises au système des stabilisateurs économiques, qui interviendraient six mois plus tard. Le règlement arbitral peut toutefois être interrompu avant l'échéance fixée, les partenaires conventionnels pouvant entamer de nouvelles négociations dans un délai de deux ans après son entrée en vigueur. Son application cessera immédiatement, dès la publication de la nouvelle convention ou du nouvel accord.

STATU QUO…

En attendant la publication du règlement arbitral, le statu quo prévaut. La précédente convention médicale continuera de produire ses effets durant toute cette période transitoire. Toutes les dispositions conventionnelles actuellement en vigueur le resteront, sans la moindre exception, y compris en ce qui concerne la valeur des tarifs et des forfaits médicaux. Les conditions de travail des médecins libéraux conventionnés ne changeront donc pas, quel que soit leur mode ou leur secteur d'exercice. Idem pour la prise en charge de leurs cotisations sociales.

AUCUNE GARANTIE

Le projet de règlement arbitral ne présente aucune garantie, tant en matière de tarification que de prise en charge des cotisations sociales. Durant la phase de préparation, les représentants des médecins libéraux seront auditionnés, mais leur accord n'aura pas valeur d'obligation. Leurs attentes et leurs revendications seront-elles considérées ? Catégoriquement rejeté par l'ensemble des syndicats médicaux, le contrat d'engagement territorial fera-t-il partie du règlement arbitral ? Les ministres de tutelle prendront-ils le risque de l'imposer aux médecins sous peine de détériorer une relation abîmée par l'histoire récente ? L'avenir le dira. Seule certitude relative : le règlement arbitral n'est pas conçu pour durer.

LE PRÉCÉDENT DE 2010

Le règlement arbitral n'est pas une première pour les médecins libéraux. La situation s'est déjà produite il y a treize ans. Signe particulier : la précédente convention médicale avait alors été reconduite, moyennant quelques ajustements mineurs, notamment sur le plan tarifaire. Fait notable : le tarif de la consultation des médecins généralistes était passé de 22 à 23 euros. Parmi d'autres modifications voulues par l'arbitre de l'époque, Bertrand Fragonard, citons également la mise en place du tiers payant social pour les bénéficiaires de l'ACS, la création d'une incitation financière à la télétransmission et la fixation de nouveaux objectifs de maîtrise médicalisée. Ce règlement arbitral avait été publié en mai 2010. Une nouvelle convention médicale avait été signée le 26 juillet 2011.

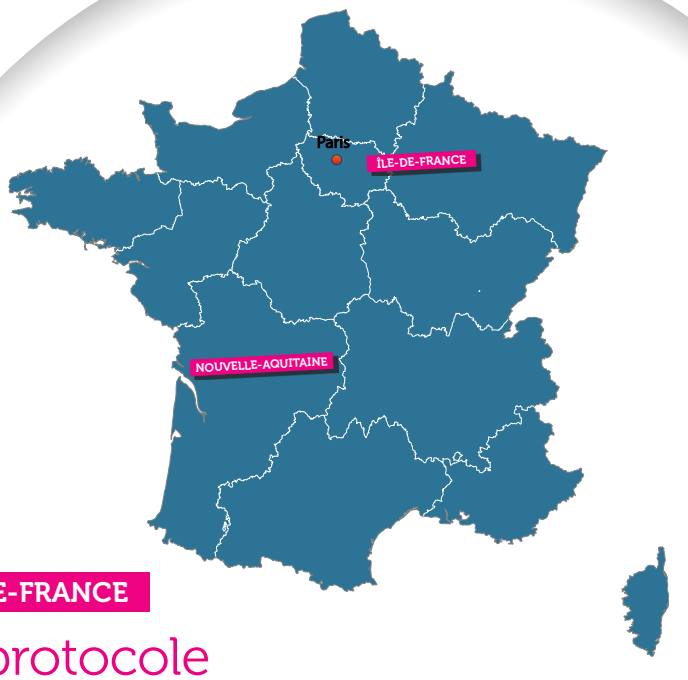
LE CHOIX DES MÉDECINS

Les médecins libéraux ont le choix. Comme pour une nouvelle convention ou une nouvelle installation, leur adhésion au règlement arbitral est réputée acquise, mais ils peuvent néanmoins s'y opposer. Dans ce cas de figure, ils doivent signifier leur refus par écrit et adresser ce courrier à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. **À savoir :** cette décision équivaut à un déconventionnement. Les honoraires des médecins libéraux non régis par le règlement arbitral donnent lieu à une prise en charge sur la base des tarifs d'autorité.

LA POSITION DE LA CSMF

La CSMF regrette l'échec des négociations, attribuant notamment ce « gâchis » au manque de moyens donnés aux partenaires conventionnels et aux contraintes supplémentaires imposées au corps médical. Elle refuse catégoriquement de signer un texte qui se traduirait par une rupture d'égalité entre les médecins libéraux, non sans dénoncer le mépris dont la profession a été victime**. Au-delà du constat, la CSMF a déjà exposé ses propositions à Annick Morel. Elle demande également l'ouverture urgente de vraies négociations conventionnelles. Deux conditions *sine qua non* sont ouvertement posées par la Confédération : libérer des moyens suffisants et négocier dans un état d'esprit d'ouverture. *« La confiance à l'égard des médecins libéraux doit enfin être le maître mot »*, persiste et signe Franck Devulder, son président. Un mantra indispensable pour améliorer l'accès aux soins et restaurer l'attractivité de l'exercice libéral.

(*) Durant sa carrière, Annick Morel a notamment présidé la Caisse nationale des allocations familiales et le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Elle a également siégé durant de nombreuses années au sein du Conseil de la Cnam, en tant que personnalité qualifiée.
(**) Lors de son assemblée générale extraordinaire consacrée aux négociations conventionnelles, qui s'est tenue le 12 mars dernier, 86 % des votants se sont prononcés contre les propositions de la Cnam.



Tour de France des CPTS : mission généralisation !

Ministre déléguée, chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, Agnès Firmin-Le Bodo vient de lancer une mission « Tour de France » des CPTS. Double objectif de cette démarche qui s'inscrit dans le cadre du Conseil national de la refondation : mesurer l'apport de ces structures collectives et identifier les facteurs clés de leur succès, en vue d'une généralisation sur l'ensemble du territoire avant la fin de l'année. Désignées début mars, trois personnalités qualifiées piloteront ces travaux : le Dr Marie-Hélène Certain, médecin généraliste aux Mureaux ; Albert Lautman, directeur général de la CPAM de l'Essonne ; Hugo Gilardi, directeur général de l'ARS Hauts-de-France. Outre des pistes d'évolution du dispositif, ces experts devront également formuler des propositions opérationnelles pour réduire les inégalités de santé. Leurs conclusions sont attendues en juin prochain. Les mesures préconisées devraient être déployées au second semestre. Une chose est sûre : le développement de l'exercice coordonné ne passera pas uniquement par les CPTS. MSP, ESP, ESS… Toutes les formes de regroupement devront être privilégiées pour répondre aux besoins des patients dans les territoires.

NB : selon le dernier décompte effectué mi-février par la Fédération des CPTS, 781 communautés professionnelles territoriales de santé sont actuellement répertoriées sur le territoire français.

ÎLE-DE-FRANCE

Un protocole placé sous le signe de la coordination

L'ARS et l'URPS ML viennent de signer un nouveau protocole d'accord pour la période 2023-2027. Les deux partenaires affichent ainsi leur volonté de poursuivre et de renforcer les actions précédemment menées pour répondre aux besoins de santé des Franciliens et soutenir l'exercice professionnel en Île-de-France. Aide à l'installation, accès aux soins, promotion de l'exercice coordonné, santé publique et prévention… Les quatre grands axes de travail ont été maintenus. Considéré comme un levier majeur en matière d'accès et de continuité des soins, d'organisation de l'offre de soins ambulatoires et de coordination avec les établissements de santé franciliens, le développement de l'exercice coordonné demeure une priorité stratégique. Parmi d'autres mesures, une augmentation du montant de l'enveloppe d'aide à l'investissement immobilier est notamment prévue. Elle atteindra 55 millions d'euros sur la période et tiendra mieux compte de la taille des projets et des territoires concernés. Ce plan quinquennal doit également permettre de renforcer les collaborations entre les médecins libéraux et les autres professionnels de santé, dont les infirmiers, mais aussi de développer de nouveaux protocoles de coopération.

NOUVELLE-AQUITAINE

Le Conseil régional mise sur l'exercice coordonné

Le Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine vient de dévoiler sa nouvelle feuille de route santé pour la période 2023-2028. Caractéristique notable, l'approche « one health » sera la boussole de toutes les politiques régionales. Trois grandes priorités stratégiques ont aussi été définies : favoriser l'accès aux soins et aux soignants sur tous les territoires, pérenniser le rôle de la région en matière d'innovation en santé et faire de la Nouvelle-Aquitaine un territoire de bonne santé. Des objectifs ambitieux ont notamment été fixés pour lutter contre la déprise des soignants dans les territoires, et promouvoir les nouvelles organisations de travail et les pratiques collaboratives. Parmi d'autres chantiers, la région soutiendra activement le déploiement des solutions numériques de santé. À noter : cette feuille de route quinquennale aura une gouvernance dédiée, *via* la tenue d'un comité de pilotage annuel et des concertations territoriales régulières. Une évaluation sera également réalisée en partenariat avec des universités du territoire.

Covars : une vigie scientifique et citoyenne

Le Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires exerce une mission de prévention, de conseil et d'expertise auprès des pouvoirs publics. Pérenne, transparent et indépendant, il doit éclairer la décision politique par ses avis et ses recommandations.

UN COMITÉ INDÉPENDANT

Officiellement créé en juillet dernier, le Covars se substitue au Conseil scientifique et au Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, qui ont été dissous. Cette instance pluridisciplinaire est chargée d'anticiper et de prévenir les crises sanitaires, mais aussi leurs conséquences sur la population. Voulue par le gouvernement, elle exerce un rôle d'expertise et de conseil indépendant. Placé sous la tutelle des ministères de la Santé et de la Recherche, le Covars éclaire la décision publique *via* des avis et des recommandations, notamment sur le plan organisationnel. Rapidement mobilisable par le pouvoir politique, il peut s'autosaisir de certains sujets. Au-delà des aspects sanitaires et scientifiques, les risques physiques, psychiques et sociétaux sont également considérés.

UNE APPROCHE « ONE HEALTH »

Le Covars remplit cinq grandes missions : effectuer une veille scientifique sur les nouveaux risques sanitaires ; modéliser des données et établir des projections ; émettre des recommandations en cas de potentiel risque sanitaire ; émettre des recommandations sur les mesures envisagées par les autorités sanitaires en cas de crise ; émettre des recommandations sur la stratégie vaccinale face à une menace sanitaire. La santé humaine, la santé animale et la santé environnementale étant étroitement liées, le Covars privilégie une approche dite « one health » pour mieux surveiller, synthétiser et modéliser les menaces futures. Une attention particulière est notamment portée sur les risques sanitaires liés aux agents infectieux atteignant l'homme et l'animal, aux polluants environnementaux et alimentaires ou au changement climatique.

UNE COMPOSITION ÉCLECTIQUE

Virologues, infectiologues, vétérinaires, épidémiologistes, représentants des patients et des citoyens… Le Covars est composé de dix-huit membres, nommés sur proposition de Brigitte Autran, sa présidente. Professeur émérite d'immunologie et chercheur au Centre d'immunologie et des maladies infectieuses, cette spécialiste du VIH est internationalement reconnue pour ses travaux sur les trithérapies. Elle est aussi experte dans le domaine de la vaccination. Vigie scientifique et citoyenne, le Covars a débuté ses travaux fin septembre. Quatre avis ont été publié depuis son installation, soit deux sur le Covid-19, un sur le Monkeypox et un autre sur le futur des vaccins à ARNm. Sollicité trois fois par les tutelles ministérielles, il s'est auto-saisi une fois pour actualiser ses propres recommandations sur l'épidémie de Covid-19.

LE CHIFFRE-CLÉ

4

C'est le nombre d'avis rendus par le Covars depuis son installation le 29 septembre 2022.
Ses membres ont également publié un document de cadrage sur les maladies à transmission vectorielle en France et réalisé un point d'actualité sur la flambée des cas de Covid-19 en Chine.

LE FAIT MARQUANT

Vaccins à ARNm : six recommandations concrètes

Dans son dernier avis publié début février, le Covars s'est prononcé sur le futur des vaccins à ARNm dans l'anticipation et la gestion des crises sanitaires. Sollicités par Sylvie Retailleau et François Braun en septembre dernier, ses membres ont formulé six recommandations concrètes : développer fortement la recherche française dans ce domaine ; faciliter la réalisation d'essais cliniques sur ces vaccins dans notre territoire ; investir massivement dans une capacité nationale de production ; améliorer l'acceptabilité sociale de cette nouvelle technologie vaccinale *via* une communication claire, informative et transparente ; coordonner les efforts de recherche et de développement chez l'homme et l'animal, et construire une approche « one health » dans la lutte contre les zoonoses ; renforcer l'accès aux vaccins ARNm dans les pays aux ressources limitées, en soutenant notamment les capacités de production locales.

à Déguster

LE NONNO NINO

Parmi l'aréopage souvent décevant des restaurants autoproclamés « cucina italiana », voici une pépite à ne pas rater. Dans le XVIIe arrondissement, à deux pas de la rue de Tocqueville, le Nonno Nino est à découvrir d'urgence. Plats 100 % maison, produits brut et directement venus de l'autre côté des Alpes… la simplicité ne se décrète pas, elle se constate dans les assiettes. Certes, pas de fioritures ni d'intitulés ronflants sur la carte… des classiques de la cuisine familiale façon Mamma… en entrées, la burrata est à l'honneur, mais on peut aussi se laisser tenter par un carpaccio tout simple ou un scamorza frit. En plat de résistance, évoquons les papardelle à la crème de pecorino et aux moules, le risotto aux poireaux et scamorza – encore lui – ou l'escalope de veau à la crème de truffe. Il y a peu de concessions au véganisme sur la carte, certains – beaucoup – s'en réjouiront. Côté desserts, là encore les standards sont à l'honneur, avec le tiramisu, la panna cotta et le moelleux au chocolat à l'italienne. À noter également le rapport qualité/prix : comptez 16 euros pour le plat, 20 euros pour entrée/plat ou plat/dessert et 24 euros pour la trilogie… Un seul mot pour conclure : Forza Italia !

Le Nonno Nino, 10 rue Brémontier, Paris XVIIe, tél : 01 49 26 09 74

à Lire

LE MONT ANALOGUE,

René Daumal

Il est heureusement des libraires qui ménagent aux côtés des tables d'exposition dédiées à l'avalanche des dernières parutions un espace proposant des pépites parues depuis longtemps parfois, qui n'ont rien perdu de leur singularité et de leur puissance et qui sans cette délicate attention demeureraient réservées aux seuls lecteurs avertis. Remercions donc la librairie de Paris, place de Clichy, qui a récemment exhumé et présenté en bonne et due place le roman « ovniesque » de René Daumal, écrit en 1944. Le Mont Analogue se présente comme un récit de voyage. Un groupe d'amis part à la découverte d'une montagne mythique inaccessible au commun des mortels. Pour y accéder, il leur faut non seulement défier la courbure de l'espace-temps mais aussi et surtout celle de la raison, ce qui ne semble aucunement les troubler. La troupe hétéroclite et sympathique arrivera à ses fins à l'inverse de l'auteur qui laissera son récit inachevé, terrassé par la tuberculose dont il souffrait depuis de nombreuses années. Mais nous le savons, ce n'est pas le but du voyage qui fait la richesse de l'aventure, et cette expédition romanesque mérite d'être entreprise sans tarder.

Le Mont Analogue, René Daumal
Gallimard, Coll l'Imaginaire – 188 Pages.

à Voir

GIOVANNI BELLINI,

Influences croisées

Le musée Jacquemart-André consacre jusqu'au 17 juillet prochain une exposition au peintre Giovanni Bellini, l'un des fondateurs de l'école vénitienne. À travers une cinquantaine d'œuvres, la proposition met l'accent sur la quête incessante du peintre de nouvelles aspirations et permet de comprendre en quoi son langage pictural est fait d'influences qu'il synthétise à travers la maîtrise de la couleur et de la lumière. C'est d'ailleurs l'ordre chrono-thématique qui constitue le fil rouge de la scénographie. Des premières inspirations gothiques de l'atelier paternel en passant par le classicisme de son beau-frère Andrea Mantegna, l'artiste n'a de cesse de renouveler son geste. Il se nourrit de l'imposante monumentalité du sculpteur florentin Donatello, s'inspire d'Antonello de Messine qui unit le goût flamand du détail avec les constructions spatiales des artistes d'Italie centrale. C'est à la fin de sa vie, que l'œuvre de l'artiste touchera à son apogée, dans une dernière période dont les notes vibrantes ouvrent le chemin d'une modernité nouvelle.

Musée Jacquemart-André – 158, bd Haussmann 75008 Paris. Jusqu'au 17 juillet, tous les jours, de 10 h à 17 h 30 et 20 h les lundis.

Abonnez-vous
au Médecin de France !

> Tous les mois, retrouvez le portrait d'un acteur majeur de la santé, l'actualité politique, technologique, les initiatives en région… et bien plus encore !

ABONNEMENT ANNUEL

65 € / 10 numéros

CSMF
Confédération des Syndicats Médicaux Français

22_097 - 02/2022 Création : dps - Crédits photos : Getty Images

Oui, votre retraite peut ressembler à celle dont vous avez *rêvé*

Découvrez les opportunités offertes par notre Plan d'épargne retraite[1] qui profite :

- ✓ d'une fiscalité avantageuse,
- ✓ d'un des meilleurs taux de rendements des fonds en euros cette année : 2,10%[2],
- ✓ de frais parmi les plus bas du marché[3].

Il existe un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte[4].
Avant tout investissement, consultez un conseiller MACSF.

Ensemble, prenons soin de demain

Pour tout savoir sur le PER, flashez ce code

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

PUBLICITÉ

(1) RES Retraite est un plan d'épargne retraite sous la forme de contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative, libellé en euros et en unités de compte, souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite.
(2) Taux de rendement du fonds en euros RES Fonds de Pension net de frais de gestion, brut de prélèvements sociaux et fiscaux. Les performances passées ne préjugent pas des performances futures.
(3) Frais sur versement de 0,60% en prélèvement automatique et de 3% seulement pour les versements libres. Des frais de gestion de 0,50%. Aucuns frais d'arbitrage (hors supports en unités de compte représentatifs d'actifs non cotés en dette privée selon conditions) ou de changement de profil.
(4) 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 - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 92919 LA DEFENSE CEDEX/France. Sièges sociaux : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.