Juillet 2023
n° 1362

le Médecin de France

Le journal de la CSMF
Confédération des Syndicats Médicaux Français

DROM : la santé, un maillon faible

La Rencontre
Jean-Christophe Masseron
Président de SOS Médecins France

Brèves & Personnalités
Aurélien Rousseau
Nicolas Revel
Sonia de la Provôté
Thomas Fatôme

En Pratique
DE et HN :
deux options tarifaires méconnues

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

L'été sera chaud !

Attaqués par la Cour des Comptes, pointés du doigt par le ministre de l'Économie et des Finances, l'été des médecins libéraux sera chaud !

Le ministre de la Santé et de la Prévention s'inquiète à juste titre des tensions qui pourraient exister sur les urgences en cette période estivale. Nous ne pouvons pas lui donner tort surtout quand nombreux sont les services d'urgence hospitalière à fermer leurs portes plusieurs jours par semaine…

Que nos concitoyens soient rassurés. Les médecins libéraux feront le job. En travaillant plus de 54 h par semaine (qui dit mieux ?), les médecins libéraux seront présents, fidèles au poste, à 25 € la consultation…

Il est grand temps que le Gouvernement se pose les bonnes questions. Les difficultés d'accès aux soins ne sont pas l'apanage de la France. Regardons au-delà de nos frontières. Apprenons enfin à considérer que notre système de Santé est un bien précieux pour chacun de nos concitoyens. Reconnaissons enfin que la médecine libérale assure seule l'immense majeure partie de la réponse aux besoins de soins. Je ne cherche pas ici à polémiquer mais les chiffres sont têtus. Si nous tenons à notre système de Santé, l'État ne doit pas rester sourd aux propositions de la CSMF. Chacun de nos interlocuteurs reconnaît le sérieux et la qualité de nos propositions. Il est maintenant plus que temps d'agir dès la rentrée par une convention qui redonnera à la médecine libérale les moyens de ses ambitions, aux médecins la reconnaissance légitime qu'ils sont en droit d'attendre et aux français l'assurance que le Gouvernement se préoccupe du bien qui leur est le plus précieux, leur santé !

Bon été,

Bonnes vacances à toutes et à tous.

Dr Franck Devulder
Président
de la CSMF

4 | la Rencontre
Jean-Christophe Masseron, Président de SOS Médecins France

6 | Brèves & Personnalités
4 personnalités
Patients en ALD. Non à l'instrumentalisation !
IJ : refusez la mise sous objectifs !
Les chiffres

8 | Actualités
Pratiques sectaires : l'Ordre se mobilise contre les dérives de soins non conventionnelles
Covid-19 : encore un millier de morts par semaine en Europe
Canicule : 33 000 morts en près de dix ans

12 | le Dossier
DROM : la santé, un maillon faible

18 | Coordination & Santé
Île-de-France, Pays de la Loire et Tour de France

22 | Innovation
Décarbonation : la Pharma s'y met
Europe : l'*AI Act* pour encadrer les pratiques
Télésurveillance : enfin dans le droit commun
100 000 médecins : un site confraternel de notation

23 | Société & Santé
Déserts médicaux : le gouvernement mise sur les MSP
Démographie médicale : recul confirmé des médecins en activité régulière
Violences professionnelles : un plan imminent pour protéger les soignants

24 | en Pratique
DE et HN : deux options tarifaires méconnues

25 | à Quoi ça sert ?
Internat en médecine générale : les enjeux de la réforme

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** Juillet 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

Jean-Christophe Masseron
Président
de SOS Médecins France

« Traiter en profondeur les violences dans le monde de la santé »

Président de SOS Médecins France depuis 2020, Jean-Christophe Masseron a d'abord été médecin traitant, installé à Chambéry, avant de rejoindre l'association des urgentistes de ville en 2014. En 2023, il a été chargé d'une mission sur les violences à l'encontre des professionnels de santé, menée en tandem avec Nathalie Nion, cadre de santé à l'AP-HP. Il détaille quelques-unes des 44 propositions du rapport.

VOUS AVEZ CO-ÉCRIT LE RÉCENT RAPPORT REMIS AU GOUVERNEMENT SUR LES VIOLENCES À L'ENCONTRE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ. QUEL CONSTAT FAITES-VOUS DE LA SITUATION ?

Le phénomène n'est pas nouveau, cependant il semble en phase d'accélération dans le champ de la santé, comme le montrent les statistiques disponibles : entre 2021 et 2022, on observe une hausse de 15 % des coups et blessures et de 11 % des violences à caractère sexuel. Cette situation est d'abord le reflet d'une montée des violences sur le plan global, explicable par la succession des crises, entre les effets de la Covid-19 et des restrictions de liberté, le contexte de guerre, la crise économique et l'inflation. Par ailleurs, il faut noter un fait particulièrement préoccupant : les soignants sont deux fois plus nombreux que l'ensemble de la population active à subir des incivilités et des violences physiques et verbales. On observe, derrière ces événements, une défiance assumée de l'autorité sous toutes ses formes, y compris de « l'autorité médicale ». Les statistiques recueillies par l'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS) attestent de la gravité de la situation : près de 20 000 signalements de violence par an sont recensées, dont 5 000 atteintes aux biens. Pour les professionnels de santé, les conséquences en sont lourdes, avec d'importantes répercussions sur la santé et le bien-être, la dégradation des conditions de travail, la tentation chez certains de changer d'orientation professionnelle, des effets aggravants sur l'attractivité des métiers et les difficultés d'accès aux soins.

DANS VOTRE RAPPORT, VOUS FORMULEZ 44 PROPOSITIONS. QUEL EN EST L'ESPRIT GÉNÉRAL ?

Tout d'abord, je signalerai que nous ne partons pas de rien. Outre un suivi plus documenté du phénomène, les mesures se sont multipliées depuis plusieurs années pour tenter d'y répondre. Cependant, il faut aller plus loin, d'abord pour mieux comprendre les déterminants de la violence, apporter des solutions d'organisation afin de limiter les risques, accompagner les professionnels dans leur prévention et les aider à adapter leur comportement en cas de situation difficile. Nous proposons six axes majeurs, orchestrés autour de 13 objectifs, comme l'amélioration des conditions d'accueil et de la délivrance d'information des patients et de leur entourage, le renforcement du sentiment de sécurité des professionnels, un accès facilité à la formation, une réponse pénale plus adaptée, ou encore la généralisation d'une culture santé-sécurité élargie. Notre rapport appelle à des moyens amplifiés et ciblés sur des actions opérationnelles, à un ensemble de mesures de courte, moyenne et longue échéance. Le fonds de notre pensée, c'est qu'il faut tout faire pour qu'un acte de violence dans le champ de la santé ne soit plus considéré comme tolérable ou acceptable par l'ensemble de la société.

VOUS APPELEZ NOTAMMENT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À MIEUX DÉCLARER LES FAITS DONT ILS SONT VICTIMES. POURQUOI HÉSITENT-ILS À LE FAIRE ?

La plupart des professionnels y sont un jour confrontés au cours de leur carrière, de façon plus ou moins fréquente selon leur contexte d'exercice. Il en résulte une forme de banalisation de cette violence, à l'instar de ce qui se passe dans l'ensemble de la société. Certains craignent les réactions de leur patientèle, d'autres ne veulent pas altérer la qualité de la relation aux patients, beaucoup ne veulent pas consacrer du temps à déclarer les faits. Il faut simplifier les procédures, coordonner les différentes sources d'information, renforcer le soutien aux victimes, car les effets sur la santé peuvent être dramatiques. Avec, au passage, des conséquences également en termes

de difficultés d'accès aux soins : outre les arrêts de travail, les professionnels agressés peuvent être démotivés, avec un impact fort sur leur qualité de vie au travail. C'est un enjeu majeur pour l'avenir de notre système de santé : la réduction des faits de violence dans le milieu de la santé, de même qu'un meilleur accompagnement des victimes, sont au cœur des problématiques d'attractivité des métiers de la santé. À défaut de s'y impliquer, nous courrons le risque d'accroître les carences de l'offre de soins.

VOUS INSISTEZ ÉGALEMENT SUR LES VIOLENCES INTERNES AU MILIEU DE LA SANTÉ, NOTAMMENT SUBIES PAR LES ÉTUDIANT(E)S. QU'EN EST-IL DANS LE DÉTAIL ?

Ces faits sont peu documentés, et nous évoquons dans le rapport une forme de « loi du silence », dont sont en particulier victimes les étudiants. Les nombreuses déclarations que nous avons recueillies témoignent de la nature souvent sexiste, voire sexuelle, de ces violences. Pour lutter contre ce phénomène, nous appelons à accroître la formation des encadrants de stage, à formaliser les engagements enseignants-étudiants-encadrants et à sensibiliser davantage les étudiants sur les violences internes et externes, pour les inciter à les déclarer. Il faut protéger les lanceurs d'alerte, étendre le principe des suspensions d'agrément de stage en cas de violences avérées et organiser une campagne de communication dédiée.

AUTRE ACTUALITÉ, QUI CONCERNE CETTE FOIS SOS MÉDECINS, VOUS AVEZ RÉCEMMENT SUSPENDU VOTRE PARTICIPATION AU DISPOSITIF DES SAS. POURQUOI CETTE DÉCISION ?

En effet, nous avons décidé de suspendre, depuis le 1er juillet, la participation de SOS Médecins au SAS. L'État a décidé que notre activité de régulation ne nous permettrait pas d'appliquer la majoration SNP. Comment est-il possible qu'un même acte, pour un même patient, soit moins rémunéré s'il est régulé par SOS que par le SAS ? Notre régulation, professionnelle et efficace, a fait ses preuves depuis des années. Sous prétexte que « nous les faisions déjà », nous devrions être privés de la majoration SNP ? On sanctionne donc ceux qui faisaient déjà le boulot. C'est juste inacceptable.

Aurélien **Rousseau**

Ministre de la Santé et de la Prévention

Directeur de cabinet sortant de la Première ministre, Aurélien Rousseau prend du galon en devenant ministre de la Santé et de la Prévention, en remplacement de François Braun, à l'occasion du remaniement ministériel annoncé le 20 juillet. Est-ce le signe de la reprise en main du dossier santé par la haute Fonction Publique, après l'épisode du médecin urgentiste ? En tous les cas, c'est un fin connaisseur des sujets santé qui s'installe avenue de Ségur, après la direction de l'ARS Île-de-France (2018-2021) et une gestion saluée de la crise Covid durant sa phase la plus aiguë. Il est bien sûr aux premières loges pour le délicat exercice du prochain PLFSS, qu'il aura contribué à concevoir au début de l'été.

Nicolas **Revel**

DG de l'AP-HP

À la tête de l'AP-HP depuis un an, Nicolas Revel s'efforce de remettre ses établissements en ordre de marche. Avec un certain succès. Les recrutements d'infirmières ont augmenté de 16 % sur les six premiers mois de 2023, et devraient grimper de 20 % d'ici à la fin de l'année. Dans le même temps, les départs ont reculé de 10 % et l'absentéisme de 3 points. *« Les recrutements d'été avec les nouvelles promotions sorties d'école et la baisse des départs doivent créer les conditions d'un vrai rebond en 2024 »,* assure le nouveau patron. D'autant que l'activité repart sur l'hospitalisation classique et que l'ambulatoire enregistre une hausse de 5 %.

en Brèves

PATIENTS EN ALD NON À L'INSTRUMENTALISATION !

Le 29 juin dernier, l'ensemble des syndicats représentatifs de la médecine libérale se sont entendus pour refuser de se rendre à la réunion du Comité de pilotage du plan d'action concernant les patients en affection de longue durée sans médecin traitant. *« Loin d'être un véritable plan pérenne pour renforcer durablement l'accès aux soins primaires, il s'agit avant tout d'un plan de communication s'appuyant sur l'engagement sans faille des médecins, mais sans leur témoigner la moindre reconnaissance »,* estimaient-ils dans un communiqué commun. *« Les gouvernements successifs ont cru pouvoir ignorer les alertes répétées de la profession ainsi que les solutions proposées, ils portent la responsabilité de cette situation,* poursuivaient-ils. *Les médecins ne soutiendront pas cette politique d'affichage et attendent des actions fortes pour répondre aux besoins des professionnels et de la population. »*

IJ : REFUSEZ LA MISE SOUS OBJECTIFS !

La CNAM et le gouvernement ne cessent, ces dernières semaines, de sonner l'alarme sur l'inflation du montant des IJ remboursées au titre des arrêts de travail. Avec, comme d'habitude, une cible d'attaque facile : les médecins libéraux, accusés de trop prescrire. Une attitude qui a provoqué de nombreuses réactions de médecins de terrain, comme s'ils étaient coupables d'entendre la souffrance des personnes vulnérables au travail, dans un monde tendu et complexe. Certains médecins libéraux reçoivent aujourd'hui des courriers de la

Sonia de la Provôté

Sénatrice du Calvados

Elle a présidé les travaux, durant six mois, de la commission d'enquête sur les pénuries de médicaments. Le rapport, rendu public le 6 juillet, formule 36 propositions, dont des hausses de prix pour certains produits anciens, en prenant en compte leur intérêt thérapeutique et l'implantation des sites de production afin de « valoriser les relocalisations ». Il s'agit aussi de conditionner les hausses « à un engagement des industriels à sécuriser l'approvisionnement ». Elle demande en outre la création d'un Secrétariat général du médicament pour mieux sécuriser l'approvisionnement en médicaments critiques et favoriser la prévention.

Thomas **Fatôme**

Directeur général de la CNAM

La CNAM a présenté le 10 juillet son traditionnel rapport Charges et Produits. Outre 1,265 milliard d'économies proposées pour l'ONDAM 2024, le document mêle le bon et le moins bon pour la médecine de ville. S'il propose de réduire le nombre de centres de soins non programmés, il appelle à étendre les zones régulées (un départ pour une installation). Le rapport s'attarde également sur les dérives de la « financiarisation de la santé », un thème qui sera au cœur des prochaines Universités de la CSMF, du 6 au 8 octobre prochain à Arcachon. Il propose notamment de créer un observatoire et une mission permanente en interministérielle de contrôle.

caisse, avec comme objet « recueil de vos observations en vue d'une éventuelle mise sous objectifs de vos prescriptions d'indemnités journalières ». Sur son site, la CSMF donne la marche à suivre : il faut en premier lieu faire parvenir ses observations sous un mois, et dans un second temps demander un rendez-vous et s'y faire accompagner par un représentant de la CSMF. « Si suite à vos observations et à l'entretien, le directeur vous fixe un objectif de réduction des prescriptions : refusez ! Le refus doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours à compter de la notification. Le directeur de Caisse poursuivra alors l'instruction de la procédure de mise sous accord préalable. »

en Chiffres

2 centimètres

C'est la différence de taille moyenne des enfants britanniques de 5 ans par rapport aux jeunes Français du même âge. Restrictions post-crise, baisse du niveau de vie, déséquilibres alimentaires sont invoquées pour expliquer le phénomène.

450

C'est le nombre de molécules inscrites dans la liste des médicaments essentiels annoncée mi-juin, et pour lesquels un dispositif de surveillance de la disponibilité sera mis en œuvre. Une liste vivement critiquée, notamment par une partie des sociétés savantes.

581

C'était, fin 2021, le nombre d'IPA diplômées, contre 1 366 en formation. Un chiffre bien loin des objectifs affichés (3 000 IPA formées ou en formation à fin 2022, puis 6 à 18 000 en activité dans les prochaines années), comme le note la Cour des Comptes, qui appelle à étendre les prérogatives de ces professionnels.

Pratiques sectaires

L'Ordre se mobilise contre les dérives de soins non conventionnelles

Dans un nouveau rapport, l'Ordre des médecins s'inquiète de l'explosion des Pratiques de Soin Non Conventionnelles (PSNC) en France.

En listant toute une série de dérives, comme l'apithérapie, la thérapie par les abeilles ; la lithothérapie, celle des pierres ; ou encore la « naturopathie vitaliste », qui recommande de se frotter la peau avec un gant de crin afin d'évacuer « les énergies usées », l'instance juge urgent d'agir pour *« limiter les dangers que les patients, souvent ignorants et bien trop souvent abusés, peuvent rencontrer ». « Il n'y a pas une journée où l'on ne reçoit pas de signalements de patients, de professionnels ou de médecins. On a reçu 1 700 dossiers en 2022 »,* se désole la Dr Claire Siret, présidente de la section santé publique de l'Ordre des médecins. Après des années d'alerte, l'instance voit avec espoir le lancement au ministère de la Santé, d'un *« comité d'appui à l'encadrement des PSNC »,* réunissant acteurs institutionnels et associatifs. Ce comité avait été annoncé en mars dernier lors des Assises des dérives sectaires par la ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, Agnès Firmin Le Bodo. Il travaillera selon trois grands axes : cartographier les PSNC pour mettre en avant celles qui entraînent un danger et réfléchir aux méthodes d'évaluation ; analyser les formations à ces pratiques, qui sont très hétérogènes ; comprendre comment les patients se tournent vers ce type de pratiques.

Covid-19

Encore un millier de morts par semaine en Europe

Fin juin, un millier de décès en Europe étaient encore liés chaque semaine à la Covid-19, rapportait récemment l'OMS, qui appelle à ne pas baisser la garde face au virus.

D'autant que *« ce chiffre est sous-estimé en raison de la baisse du nombre de pays qui signalent régulièrement les décès »,* a ajouté le directeur régional, Hans Kluge, pressant les autorités d'assurer une couverture vaccinale d'au moins 70 % de la population vulnérable. *« Même s'il ne s'agit plus d'une urgence de santé publique mondiale, la Covid-19 n'a pas disparu. »* Le responsable onusien rappelle en outre l'impact du Covid long, *« une maladie complexe, que nous connaissons encore très mal »* bien qu'un Européen sur 30 en ait souffert lors des trois dernières années. D'après ces estimations, environ 36 millions d'habitants de la région, qui rassemble 53 pays et s'étend jusqu'à l'Asie centrale, ont sans doute été touchés par un Covid long. *« Nous devons continuer à nous pencher sur les séquelles à long terme de la Covid (...). Celles-ci continuent d'avoir un impact profond sur la santé dans le monde entier et ne peuvent être laissées de côté »,* insiste la responsable des situations d'urgence, Catherine Smallwood.

> « Même s'il ne s'agit plus d'une urgence de santé publique mondiale, la Covid-19 n'a pas disparu. »

Canicule

33 000 morts en près de dix ans

Selon Santé Publique France, 32 658 décès « attribuables à la chaleur » ont été recensés en France métropolitaine durant les étés de 2014 à 2022 inclus.

La saison estivale 2022, la deuxième la plus chaude jamais enregistrée, a été la plus mortelle durant cette dizaine d'années avec près de 7 000 décès. 2018, 2019 et 2020 dépassent elles aussi les 4 000 morts. Toutefois, *« l'exposition de la population à la chaleur en dehors des périodes de canicule, associée à un risque plus faible, mais plus fréquent, contribue davantage à l'impact total que les chaleurs extrêmes associées à un risque plus élevé, mais plus rare »,* écrivent les experts de SPF. Sur la période, 71 % des morts étaient par ailleurs âgés de 75 ans et plus. Près d'un tiers ne faisaient donc pas partie de cette catégorie de la population la plus vulnérable. *« Le risque lié à la chaleur concerne l'ensemble des classes d'âge, d'où l'importance de sensibiliser l'ensemble des populations »,* insiste Sébastien Denys, directeur Santé, environnement et travail à Santé Publique France. Selon SPF, les occupants d'un logement exposé à la chaleur et les individus pratiquant une activité physique seraient aussi plus vulnérables à ce risque.

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 ?

Mortalité infantile

La France, mauvaise élève de l'Europe

Une étude publiée mi-juin par l'Insee confirme le retard de la France dans la lutte contre la mortalité infantile.

Avec 2 700 morts d'enfants de moins de 1 an rapportés en 2021, soit 3,7 décès pour 1 000 naissances vivantes, aucun progrès n'a été réalisé depuis 2005. *« La France, qui se trouvait en 3e position des pays à la mortalité infantile la plus faible en moyenne entre 1996 et 2000, se retrouve désormais à la 20e place, avec une baisse de seulement 20 % de la mortalité en deux décennies »*, contre plus de 60 % dans certains pays de l'Est, indique l'Insee. La France souffre d'importantes inégalités territoriales. Le taux de mortalité atteint en effet 7,7 décès pour 1 000 naissances dans les DOM, dont 8,9 ‰ à Mayotte, contre 3,5 ‰ en France métropolitaine et 5,4 ‰ en Seine-Saint-Denis, le département le plus touché. Autre explication, les progrès de la médecine, qui permettent aux grands prématurés de survivre pendant quelques heures ou quelques jours après la naissance. Les naissances multiples, souvent liées à la Procréation Médicalement Assistée (PMA), sont également plus nombreuses et plus à risque. Enfin, la santé et le comportement des femmes jouent également un rôle majeur. La hausse de l'âge des femmes à la maternité se traduit par un risque de mortalité néonatale accru. De plus, *« le nombre de femmes enceintes en surpoids augmente »*, indique l'Insee. Et si elles fument moins qu'il y a vingt ans, la France reste un pays où la prévalence de tabagisme est forte.

Dépenses de santé

500 millions d'euros de transfert aux complémentaires

Attendu depuis plusieurs mois, le transfert de 500 millions d'euros de dépenses de santé aux assureurs a été annoncé fin juin par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) aux représentants de la profession.

Il se substitue au versement de 150 millions d'euros prévu au second semestre de cette année, soit 300 millions en année pleine. Dans le détail, les assureurs vont devoir rembourser une part plus importante des dépenses de soins dentaires, où le ticket modérateur va passer de 30 à 40 %. Et les assureurs redoutent déjà de voir la facture gonfler à l'avenir. *« La décision est prise en pleine négociation de la nouvelle convention dentaire »*, s'agace le président de la Mutualité Française, Éric Chenut. L'Assurance-maladie aimerait en outre acter la prise en charge chaque année d'une consultation et de soins spécifiques pour les jeunes âgés de 3 à 24 ans, contre une consultation tous les trois ans aujourd'hui. Une façon de prévenir l'apparition de problèmes plus structurels et plus coûteux, qui peuvent déboucher sur la pose de prothèses… Sur le papier, cette politique pourrait limiter les dépenses de santé. Mais il n'est pas sûr que cet argument rassure les assureurs et les mutuelles, qui dénoncent déjà des dépenses de santé qui augmentent plus vite que les cotisations payées par les Français. *« Nous n'avons aucune rentabilité en matière de santé »*, déclarait récemment Marie-Laure Dreyfuss, la déléguée générale du CTIP.

> **« … le transfert de 500 millions d'euros de dépenses de santé aux assureurs a été annoncé fin juin par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) …**

Épidémies

Le SNMB pour l'extension des tests PCR

Le Syndicat National des Médecins Biologistes (SNMB) plaide en faveur du recours aux tests PCR afin de mettre en place un suivi épidémiologique en temps réel des épidémies de grippe et de bronchiolite. L'objectif serait de pouvoir éviter la saturation des urgences, comme la France en a connu l'hiver dernier. Il demande également la poursuite de la surveillance de l'épidémie de Covid à laquelle les pouvoirs publics ont mis fin le 1er juillet 2023.

Medaviz

Pour en savoir plus sur les solutions Medaviz, rendez-vous sur

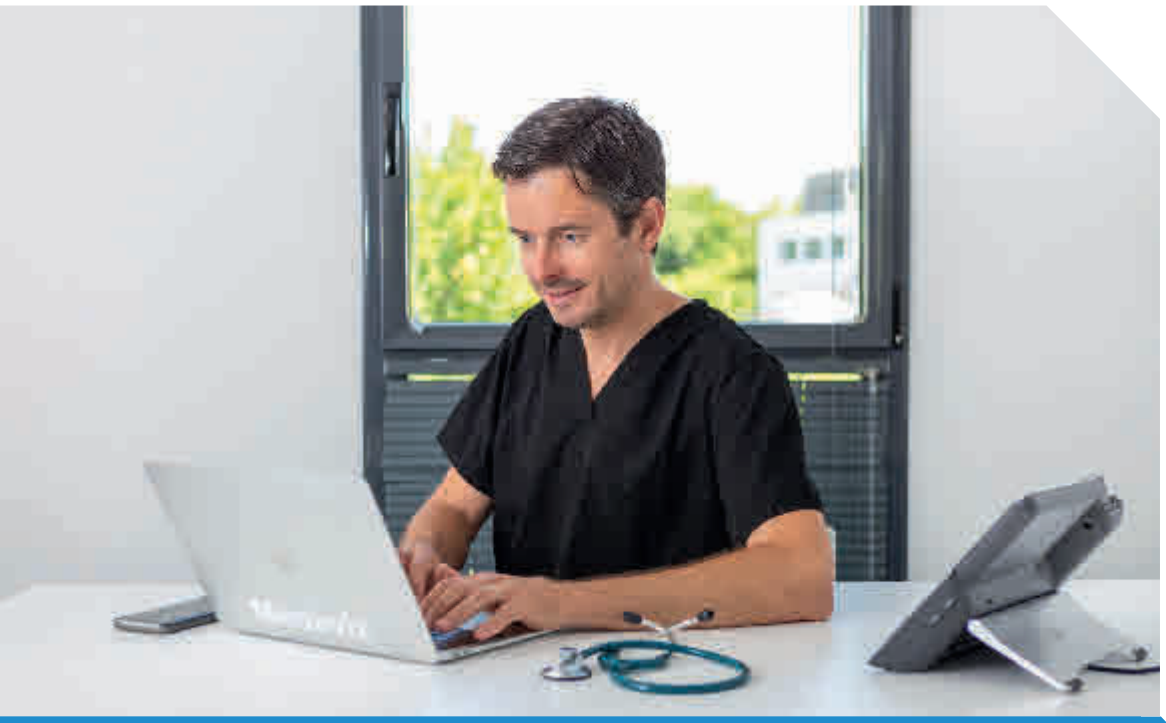
medaviz.com

2 000 patients pris en charge par l'ESS Cardio IDF du Dr Assyag

Lancé en janvier 2022 par le Dr Patrick Assyag, en partenariat avec Medaviz, l'ESS Cardio Île-de-France a déjà permis la prise en charge de 2 000 patients en moins de 24 h, lorsque leur cardiologue référent n'était pas disponible.

« Face à une démographie médicale en baisse, aux délais de rendez-vous allongés et une augmentation des hospitalisations, les cardiologues de Paris et du Val-de-Marne ont uni leurs forces avec ***Medaviz*** *pour instaurer une action populationnelle proactive. Nous sommes très fiers du travail accompli et poursuivons notre engagement au quotidien auprès des patients pour leur faciliter l'accès à un cardiologue le plus rapidement possible »*, explique le Docteur Patrick Assyag.

83 % des 2 000 prises en charge effectuées en soins non programmés ont été fléchées en présentiel, du médecin traitant vers un cardiologue du dispositif. Les 17 % restants ont quant à elles été orientées vers une téléexpertise, afin d'apporter la solution la mieux adaptée à l'état de santé du patient. Généralement obtenus en moins de 24 h, les rendez-vous les plus urgents ont pu être affectés en 3 h, pour une détection précoce et réactive des pathologies cardiaques. Amélioration des résultats cliniques, satisfaction de la patientèle et optimisation du temps médical des spécialistes, l'ESS Cardio IDF répond aux objectifs d'accès aux soins fixés par l'ARS et devrait se développer à travers d'autres missions, notamment pour renforcer le parcours de soins de l'insuffisant cardiaque en lien avec les CPTS.



Vous avez une question à propos de ***Medaviz*** *?*

Contactez Mathieu Dulac au ***06 61 10 75 61***

DROM : la santé, un maillon faible

Dans les Départements d'Outre-Mer, l'accès à la santé et aux soins est en tête des priorités, pour des populations qui cumulent des indicateurs de santé défavorables, une densité médicale mal répartie et une forte exposition aux risques infectieux.

Avec 2,171 millions d'habitants, 122 000 km² d'étendue et cinq territoires répartis entre l'Océan Indien (La Réunion et Mayotte), les Antilles (Guadeloupe et Martinique) et l'Amérique du Sud (Guyane), les DROM sont à la fois fondamentalement spécifiques de par leur situation géographique et leurs cultures, et comparables en termes de développement économique. Ils souffrent en effet d'une similitude : des niveaux élevés de chômage et de pauvreté et des inégalités sociales marquées par rapport à la moyenne de la Métropole. Du point de vue démographique, ils ont pendant longtemps, et à juste titre, été assimilés à des territoires jeunes, marqués par une forte croissance de leur population. Cependant, depuis plusieurs décennies, leurs trajectoires se sont peu à peu dissociées. Et les défis démographiques des DROM sont aujourd'hui disparates.

VIEILLISSEMENT AUX ANTILLES

Les cinq départements se partagent en trois ensembles : le premier est constitué de la Martinique et de la Guadeloupe, concernées par un vieillissement accéléré de leur population, une décroissance démographique liée principalement à une émigration importante, notamment des jeunes adultes ; le deuxième ensemble réunit la Guyane et Mayotte, deux territoires où la croissance démographique est très forte, avec une population caractérisée par son extrême jeunesse, en lien avec une transition démographique en cours, et qui connaît des flux d'immigration très marqués, en provenance de pays proches ; enfin, La Réunion occupe une position intermédiaire, avec une croissance démographique plus modérée, une population encore jeune, qui connaît cependant les premiers signes du vieillissement et où l'enjeu migratoire est moindre.

LE POIDS DES MALADIES CHRONIQUES

Du côté des indicateurs sanitaires, de nombreuses maladies chroniques, comme par exemple le diabète ou l'hypertension artérielle, sont plus fréquentes que dans l'Hexagone, du fait de conditions sociales défavorables. La Réunion a par exemple le taux de diabète traité, principalement de type 2, le plus élevé de France (10,2 %), à structure d'âge comparable. La prévalence de certaines maladies génétiques est quant à elle plus importante en Outre-Mer où se concentrent les populations à risque, comme pour la drépanocytose dont la fréquence des porteurs du trait drépanocytaire est de 5,2 % pour les DROM contre 2,7 % en métropole sur la période 2006-2010. En outre, les risques infectieux, favorisés par les conditions climatiques et retards d'équipements, y sont plus importants. D'une part, les infections à transmissions vectorielles comme le paludisme ou le chikungunya s'y propagent facilement. Suite à l'épidémie de 2005, près de 35 % de la population de La Réunion aurait ainsi été infectée par le virus chikungunya. D'autre part, *via* les maladies infectieuses non vectorielles, parmi lesquelles on compte les hépatites et le VIH, les Antilles-Guyane ont un taux d'incidence du VIH de 59 pour 100 000 habitants contre 39 pour 100 000 en Île-de-France.

UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE

Face à ces besoins de santé importants, la réponse organisationnelle pose problème. En raison d'un déficit de généralistes et surtout de spécialistes, d'une répartition hétérogène des structures de soins et de la fragilité des ressources médicales, les DROM-COM sont confrontés à une insuffisance de l'offre de soins face à une demande croissante. En particulier, faute de médecins libéraux, l'hospitalo-centrisme reste marqué, avec des établissements de santé qui souffrent de sous-effectifs et de difficultés de gestion, notamment financières. Les Collectivités d'Outre-Mer enregistrent la densité de médecins en activité régulière, libérale ou mixte, la plus faible avec 87,5 médecins pour 100 000 habitants. Le dépistage de certaines pathologies et leur prise en charge sont alors souvent retardés, notamment en gynécologie obstétrique, en santé mentale et pour la prise en charge de certains cancers. En Guyane et à Mayotte s'ajoutent des blocages dans la prise en charge de patients non assurés sociaux. L'organisation des soins est alors complexe et longue avec une prise en charge souvent bornée aux urgences et à l'origine de nombreuses évacuations sanitaires, y compris pour des pathologies qui pourraient être traitées sur place.

UN RESSENTI NÉGATIF SUR LA SANTÉ

Preuve des difficultés pour la population, une enquête réalisée en 2021 témoignait de son ressenti en termes de santé. Si 8 % de la population en métropole âgée de 15 ans ou plus se déclare en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé, le taux est de 14 % en Guadeloupe, Martinique et Guyane, de 11 % à La Réunion et de 21 % à Mayotte en calant la structure par âge sur celle de la métropole. Parmi les 15 ans ou plus, 9 % sont handicapés en métropole, 11 % dans les DROM avec un taux de 13 % en Martinique. 21 % des 55 ans ou plus sont handicapés en Guadeloupe, Guyane et à La Réunion et 24 % en Martinique et à Mayotte contre 16 % en métropole. Les difficultés de vision et de motricité sont plus fréquentes dans les DROM qu'en métropole. Si 10 % des personnes âgées de 55 ans ou plus ont des difficultés sévères pour marcher 500 mètres en métropole, c'est le cas de 19 % des 55 ans ou plus en Guadeloupe, 19 % en Martinique, 21 % en Guyane, 20 % à La Réunion et 39 % à Mayotte, corrigée des différences de structure des populations. Les problèmes psychologiques voire psychiatriques sont également plus répandus. La prévalence de symptômes dépressifs est plus élevée chez les jeunes à Mayotte (23 % des 15-29 ans) et en Guyane (22 %) par rapport à la métropole (10 %). De manière générale, les Mahorais donnent une note de satisfaction relative à leur vie plus faible que les résidents des autres territoires (5,4/10 en moyenne contre de 6,8/10 à 7,0/10 en métropole et dans les autres DROM).

INVESTIR POUR ATTIRER LES PROFESSIONNELS

À l'instar de la situation socio-économique, le système de santé des Départements d'Outre-Mer est donc confronté à des enjeux d'investissement massifs pour les années à venir. Si les pouvoirs publics en sont conscients, notamment après les émeutes et manifestations récurrentes de la décennie 2010 liées en priorité aux pertes de pouvoir d'achat, les efforts restent insuffisants face aux besoins. L'un des défis principaux, dans le champ de l'ambulatoire, consiste à créer des conditions d'attractivité suffisantes de l'exercice médical, afin notamment que les étudiants issus de ces territoires, et forcés de se former en Métropole, soient incités à y revenir exercer leur profession. Un challenge qui passe par des majorations d'honoraires, la prise en compte des surcoûts de la vie qui caractérisent les territoires ultramarins, des aides ciblées à l'installation et au regroupement professionnel, un soutien à l'innovation numérique et organisationnelle. La problématique est particulièrement importante pour les spécialistes : en raison de fortes carences démographiques dans les DROM, les prises en charge de certains patients obligent, dans certains cas, à des transports sanitaires fatalement coûteux vers la Métropole, et difficiles à vivre pour les patients et leurs proches.

MISER SUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

De façon globale, l'Outre-Mer illustre le nécessaire virage conceptuel du système de santé français. Le développement de la prévention est au cœur des Projets régionaux de santé élaborés par les ARS dans la plupart de ces territoires. À défaut d'une politique plus volontariste en termes d'éducation à la santé, le risque est de laisser se creuser le différentiel avec la Métropole en termes d'indicateurs de santé. Les inégalités sociales en matière d'accès à la santé sont également au centre des préoccupations. Les couvertures maladie (base et complémentaire) sont en effet moins larges qu'en Métropole, avec à la clé un niveau supérieur de renoncement aux soins, excepté à La Réunion. Dans deux départements, la Guyane et Mayotte, le déficit de médecins généralistes, leur inégale répartition et la complexité des déplacements créent également des difficultés majeures d'accès aux soins de premier recours, en particulier pour les populations éloignées du littoral en Guyane. Des politiques volontaristes doivent donc être mises en place pour améliorer l'état de santé des populations d'Outre-Mer et renforcer l'offre de soins.

LA RÉUNION

La santé en berne malgré une offre satisfaisante

Dans le département de La Réunion, la situation est plutôt satisfaisante en termes d'offre de soins. Mais des tensions apparaissent, liées au vieillissement de la population et au poids croissant des pathologies chroniques.

Christine Kowalczyk

Avec 1 129 médecins généralistes, âgés en moyenne de 51 ans (chiffres au 1er janvier 2021), l'offre de soins de premier recours reste de qualité à La Réunion, même si l'ouest de l'île est nettement plus dense que l'est. En revanche, avec 1 405 spécialistes, dont 88 % exercent à l'hôpital, la situation est nettement moins favorable pour la médecine de second recours. *« Par rapport aux autres DROM, nous bénéficions encore d'une situation favorable en médecine générale, au-dessus de la moyenne en Métropole,* indique Christine Kowalczyk, président de l'URPS-ML et de la CSMF La Réunion. *Nous avons également un bon maillage en soins de suivi, grâce à un réseau important d'infirmiers en libéral. Cependant, le déficit croissant en offre de spécialistes en ville pose problème, en saturant l'hôpital et en compliquant la prise en charge des complications. Il faut régulièrement effectuer des transferts de patients vers la métropole. »* Un espoir se profile, cependant, grâce à la structuration d'une filière de formation des étudiants plus complète, permettant dès l'an prochain d'effectuer ses quatre premières années d'études à La Réunion, et non plus seulement les trois premières. *« L'enjeu est d'ancrer à terme ces étudiants, afin qu'ils reviennent exercer sur l'île à l'issue de leur internat. C'est essentiel pour rajeunir la moyenne d'âge des praticiens, et pour faire face à une demande de soins qui s'annonce en hausse avec le vieillissement de la population. »*

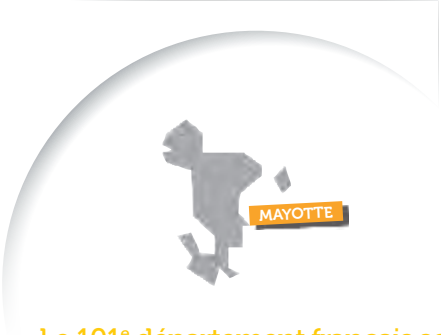
> **« ...le déficit croissant en offre de spécialistes en ville pose problème, en saturant l'hôpital...**

DES INDICATEURS DE SANTÉ PRÉOCCUPANTS

De fait, les besoins restent élevés, alors que les indicateurs de santé sont plutôt dégradés. La population réunionnaise vieillit, ce qui augmente l'incidence des maladies chroniques, comme le diabète de type 2 qui touche plus de 10 % de la population soit deux fois plus qu'en Métropole. 180 000 personnes relèvent du régime des ALD : outre le diabète (79 000 personnes), les maladies cardio-vasculaires, les cancers et l'insuffisance rénale chronique sont particulièrement répandues. L'obésité (20 % des femmes), la sédentarité, l'HTA et l'alcoolisme sont parmi les principaux facteurs de risque qui expliquent la prévalence de ces maladies. L'ARS, qui prépare le prochain PRS décennal pour l'automne, mène actuellement plusieurs priorités de santé : la lutte contre les maladies chroniques, donc, mais également l'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant, la préservation de la santé des jeunes, l'amélioration de la santé nutritionnelle, la qualité de vie et la santé des personnes âgées et/ou handicapées, la promotion et la protection de la santé mentale et une meilleure gestion des menaces épidémiques.

SOUTENIR LE TEMPS MÉDICAL

Pour y parvenir et améliorer les indicateurs de santé, les autorités doivent pouvoir s'appuyer sur les acteurs de l'ambulatoire, et au premier chef les médecins généralistes, comme le rappelle Christine Kowalczyk. *« Les soins de premier recours sont bien organisés, avec la multiplication des MSP, des CPTS et autres solutions d'organisation collective. La plupart des patients accèdent à des soins non programmés en moins de 48 heures, c'est pourquoi nous estimons que nous n'avons pas besoin d'un dispositif de type SAS. En revanche, il faut nous aider à gagner du temps médical, en nous allégeant des contraintes administratives. Le démantèlement des services publics de proximité nous oblige à jouer le rôle d'assistants sociaux auprès de nos patients. C'est un vrai problème, sur un territoire marqué par une plus grande précarité qu'en Métropole. »* Elle appelle également les pouvoirs publics à revaloriser « décemment » les honoraires. *« Le Règlement arbitral n'est pas à la hauteur. Certes, nous bénéficions depuis peu d'une majoration, et la consultation de base va passer à près de 31 euros. Mais ce n'est pas suffisant, en raison de la vie chère, du poids de l'inflation et du temps que nous passons en consultation avec des patients souvent polypathologiques. »*



MAYOTTE
Des besoins cruciaux

Le 101e département français souffre d'un fort niveau de pauvreté, avec pour conséquence des conditions sanitaires difficiles pour la population, dont la moitié est âgée de moins de 18 ans.

Département français depuis seulement 2011, Mayotte est une île dans l'archipel des Comores. 270 000 habitants y vivent, dont plus de la moitié ont moins de 18 ans. Et la croissance démographique est soutenue : + 42 % de naissances entre 2013 et 2018, cumulée à une immigration importante. Mayotte présente une forte proportion de résidents étrangers, essentiellement en provenance des Comores et en état de grande précarité sanitaire et sociale. L'environnement y est particulièrement dégradé : forte proportion d'habitat insalubre, hygiène insuffisante, pollution de l'air, non accès à l'eau courante pour une grande part de la population. Ce contexte a des conséquences directes et pénalisantes pour la santé des habitants, dans un contexte de forte progression des maladies chroniques (pathologies cardiaques, cancers, addictions, maladies liées à une alimentation de mauvaise qualité). ,Le climat social est également très tendu, avec des émeutes fréquentes dans les quartiers populaires et un haut-niveau d'insécurité.

L'HÔPITAL OMNIPOTENT

L'organisation des soins tient davantage des systèmes de santé de type africain que du modèle français. Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) concentre la quasi-totalité des ressources sanitaires. C'est lui qui par exemple gère les gardes pour l'ensemble de l'île, à défaut d'un dispositif de PDSA. Quatre centres médicaux de référence y sont rattachés, offrant les soins primaires de base, et les prestations maternité. À cela s'ajoutent 10 centres de consultations périphériques, chargés des soins de suite de proximité (suivi des plaies, suivi des traitements, actions de prévention…). L'offre d'hospitalisation privée est actuellement en phase de constitution, avec des structures de dialyse, un service d'hospitalisation à domicile, et prochainement une clinique privée dans le sud de l'île.

SOINS DE VILLE : UN IMMENSE DÉSERT

Côté soins de ville, la densité médicale est très faible, en particulier en centre-ville. On compte 86 médecins généralistes et spécialistes (médecins de ville et hospitaliers, soit quatre fois moins qu'en France en termes de densité… et dix fois moins pour la médecine de ville ! *« Le plus grand désert médical de France »* souffre des conditions d'exercice (agression fréquentes) qui n'attirent pas les jeunes médecins. La plupart sont concentrés autour de Mamoudzou, la capitale. Les carences en soins sont majeures : il n'y a ainsi ni dermatologue ni ophtalmologue à Mayotte. *« L'accès aux soins à Mayotte se borne souvent à gérer les urgences, sans pouvoir proposer une prise en charge et un suivi adéquat y compris pour des pathologies qui pourraient être traitées sur place, observait en 2022 le Sénat, à l'occasion d'un rapport consacré à la santé dans l'île. L'activité hospitalière est de fait essentiellement tournée vers la maternité, quand les activités de chirurgie programmées sont réduites voire inexistantes et dirigées vers La Réunion, à plus de 1 400 kilomètres. »*

> « L'accès aux soins à Mayotte se borne souvent à gérer les urgences,…

UN PREMIER PRS

L'ARS Mayotte, constituée en 2022, consulte actuellement pour publier à l'automne prochain le premier PRS du territoire. Tout est à faire pour bâtir un système de santé moderne et efficient, améliorer la couverture maladie quand 45 % des Mahorais affirment avoir déjà renoncé à des soins pour des raisons financières et construire une vraie démarche de prévention et de promotion de la santé, alors que la population n'est pas sensibilisée à la gestion de leur capital santé. Un problème spécifique devra être abordé : l'immigration illégale en provenance des Comores crée des « poches » de pauvreté, d'insécurité et d'insalubrité, qui contribuent à la mauvaise santé du département, alors que ces populations clandestines ne sont pas éligibles aux soins pris en charge par la collectivité. Au-delà, c'est l'ensemble du développement économique de l'île qui doit être soutenu, avec notamment l'objectif d'améliorer la santé nutritionnelle.

ANTILLES
Le défi de l'attractivité

Brutalement soumise au vieillissement, la région des Antilles (départements de la Guadeloupe et de la Martinique) fait face à de nouveaux problèmes sanitaires, en plus de ceux générés par les catastrophes naturelles, les menaces infectieuses et le scandale du chlordécone. Il faut d'urgence réinvestir pour adapter le système de santé.

Frédérique Dulorme

L'événement est attendu avec impatience pour la rentrée de septembre 2023 : désormais, les étudiants en médecine des Antilles-Guyane pourront effectuer l'intégralité de leur cursus au sein de l'UFR Santé « de plein exercice » Antilles-Guyane. Auparavant, ils devaient s'expatrier en Métropole pour suivre leur second cycle. Une carence qui se traduisait par des statistiques catastrophiques pour la santé de ces territoires : à peine un étudiant sur six revenait s'installer dans sa région d'origine et un sur trois décidait d'y faire son internat. La mesure est donc d'importance, quand la démographie médicale ne cesse de se détériorer aux Antilles. En Guadeloupe, on ne compte que 87 médecins généralistes pour 100 000 habitants et 68 spécialistes pour 100 000, contre respectivement 99 et 94 en moyenne en France. Et la Martinique est à peine mieux lotie, avec respectivement 92 et 55. À ces chiffres s'ajoutent le vieillissement de la population médicale, en raison du non remplacement des partants. *« Notre démographie est largement déficitaire, et ce depuis des années,* témoigne Frédérique Dulorme, présidente de l'URPS Guadeloupe. *Très longtemps masquée par l'extrême engagement des confrères aux horaires très étendus, avec des cabinets ouvrant parfois avant 6 h du matin et fermant souvent à des horaires très tardifs, la situation ne pourra se maintenir à l'identique : un grand nombre sont actuellement en cumul activité retraite, et très peu d'arrivées ont été enregistrées. »*

> **“ La crise de Covid, comme un révélateur, a mis en lumière ces faiblesses. Certains confrères ont été découragés et ont jeté l'éponge,…**

VIEILLISSEMENT ET CRISES SANITAIRES

Ces tensions de l'offre de soins sont aggravées par la hausse irrépressible de la demande. La crise économique durable accélère le départ des jeunes actifs, compensée par l'arrivée de retraités en masse. *« Cela entraîne des difficultés de prise en charge, avec un vieillissement très brutal et semble-t-il assez inexorable de la population, et surtout en complète non-adéquation avec l'offre médicale, insuffisante bien avant ce phénomène »,* précise Fréderique Dulorme. Le poids des maladies chroniques s'alourdit, rallonge les temps de consultation, complique le traitement des décompensations en raison d'une offre déficitaire de spécialistes en ambulatoire et d'un niveau élevé de saturation dans les hôpitaux. *« La crise de Covid, comme un révélateur, a mis en lumière ces faiblesses. Certains confrères ont été découragés et ont jeté l'éponge, certains sont décédés, quelques-uns prennent le chemin de la retraite* – on ne peut plus méritée –… *et quelques plus jeunes fuient le libéral et cherchent des solutions moins pourvoyeuses de burn-out et de difficultés de gestion familiale. »*

La situation sanitaire doit également faire avec la menace récurrente du risque infectieux. La dengue, et plus récemment zika et le chikungunya, reviennent par vagues régulières encombrer les consultations médicales. L'organisation médicale d'urgence doit par ailleurs s'adapter à la fréquence des catastrophes naturelles, comme les cyclones dévastateurs à certaines périodes de l'année. Faut-il rappeler, enfin, les conséquences sanitaires désastreuses du chlordécone, ce pesticide utilisé jusqu'en 1993 dans les bananeraies, et qui n'en finit plus de questionner sur l'incidence élevée des cancers urologiques et des troubles du neuro-développement ?

DES LIBÉRAUX EN ATTENTE

L'ensemble de ces paramètres illustre la nécessité d'investir massivement dans le champ de la santé aux Antilles. *« Pour les médecins libéraux, la prochaine négociation conventionnelle doit se traduire par des hausses d'honoraires conséquentes, permettant d'accroître l'attractivité de nos métiers. C'est vrai pour les généralistes, pour les spécialités cliniques, mais également pour les spécialités médico-techniques et chirurgicales, dont les revenus sont minorés par le coût des charges en termes d'équipement. Notre revendication d'une hausse de 10 % des actes techniques est toujours d'actualité. »* Enfin, Frédérique Dulorme souligne le travail mené par les URPS. *« Elles ont vocation à accompagner les confrères dans la transformation de leurs conditions d'exercice. Il faut nous soutenir, alors que nous disposons de peu de moyens par rapport aux grandes régions de métropole. »*

GUYANE
L'urgence pour la médecine de ville

Dans cette région très défavorisée en offre de soins, où les besoins sont pourtant cruciaux, les élus CSMF se mobilisent pour sauver le système de santé local.

Christian Rohbacher

Seconde région française en superficie, la Guyane se caractérise par un très faible niveau de densité de population. C'est le seul territoire à posséder des frontières avec des pays non européens : le Brésil à l'est et le Surinam à l'ouest. La faiblesse du réseau routier rend difficile les déplacements : de nombreux villages ne peuvent être desservis que par pirogue ou par avion. Autre spécificité : la Guyane affiche un fort dynamisme démographique, avec une hausse de 2,4 % de sa population par an entre 2013 et 2018. La part des femmes y est prépondérante, et le taux de précarité est particulièrement élevé : le revenu médian y est de 38 % inférieur à la moyenne de la Métropole, alors que les prix y sont supérieurs de 11 % en moyenne. Cette pauvreté s'illustre à travers un chiffre : on recense 32 quartiers prioritaires, totalisant 43 % de la population générale de la région. Ces paramètres se traduisent logiquement sur le plan de la santé : la prévalence des comorbidités est forte : 18 % des habitants sont en situation d'obésité, 4 sur 10 sont touché par l'hypertension, le diabète est deux fois plus répandu qu'en métropole. Outre ces indicateurs sanitaires, d'autres fragilités sont notoires : une souffrance psychique élevée (huit fois plus de suicide qu'en métropole), des indicateurs de santé sexuelle, reproductive et périnatale très dégradés (IST, violences sexuelles…), absence d'accès à l'eau potable pour 15 % de la population, exposition forte aux polluants (métaux lourds, intoxications diverses), risques liés à la faune et à la flore (envenimations, intoxications…).

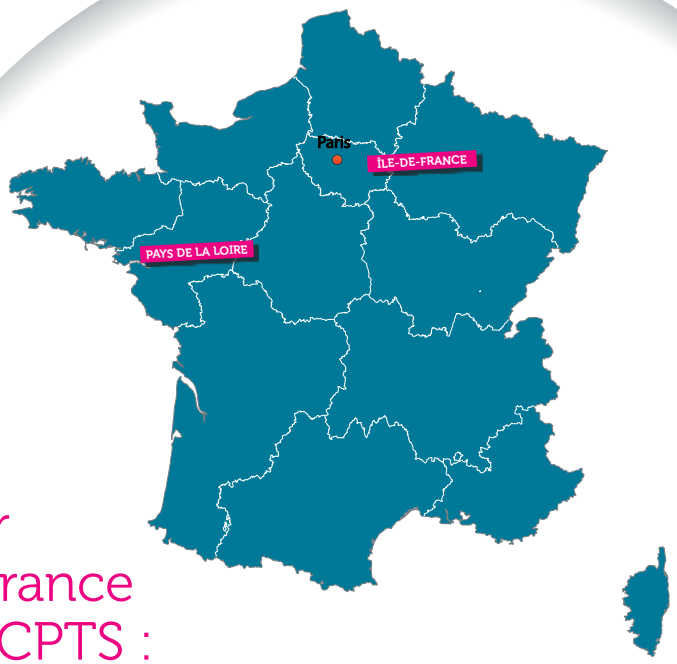
> **Près de la moitié des médecins en activité sont en âge de demander leur retraite.**

MENACE POUR L'AVENIR DE LA MÉDECINE DE VILLE

Face à ces enjeux sanitaires multiples, la réponse apportée par le système de santé apparaît structurellement insuffisante. L'état des lieux de la médecine de ville en témoigne. *« Nous comptons autant d'habitants que la Corse, qui dénombre 636 médecins libéraux, alors que nous ne sommes que 166,* indique Christian Rohbacher, président de la CSMF Guyane. *Nous sommes quatre fois moins nombreux qu'un département qui se considère comme un désert médical. »* Avec son confrère Jacques Breton, président de l'URPS-ML et élu de la CSMF, ils ont alerté par courrier le ministre de la Santé en février dernier. *« Le but était de l'informer sur l'effondrement programmé de la médecine de ville dans les 12 prochains mois. Près de la moitié des médecins en activité sont en âge de demander leur retraite. Les conditions d'exercice sont difficiles, avec des problèmes d'insécurité fréquents et des niveaux d'honoraires insuffisamment attractifs, ce qui n'incite pas les jeunes confrères à venir prendre la relève. Nous avons dû récemment organiser la caravane de l'insécurité, à la rencontre des confrères dans les quartiers sensibles. Le but était notamment de leur proposer un "bouton panique", un accessoire relié à la gendarmerie et permettant de géolocaliser des cas d'agression. »*

DES REVALORISATIONS DEMANDÉES

Pour les élus de la CSMF, l'urgence est donc de mener une campagne de recrutement pour attirer de nouveaux confrères. *« En dépit des difficultés, c'est une région extraordinaire, notamment pour les amoureux de la faune et de la flore. Et la médecine que nous exerçons est passionnante. Par ailleurs, nous sommes très investis pour innover sur le plan organisationnel, à travers les MSP, les CPTS, le développement de la télémédecine et la coopération Ville/Hôpital. »* Dans le courrier adressé au ministre de la Santé, des revendications concrètes sont formulées. *« Nous indiquons notamment l'inéquité entre l'hôpital et la ville. Les praticiens hospitaliers sont payés 40 % de plus qu'en métropole. Les consultations des médecins de ville ne sont majorées que de 20 %. Nous demandons donc 40 % pour tous, ainsi que + 20 % pour les actes de la CCAM technique, qui n'ont été augmentés que de 3 %. Enfin, nous proposons la défiscalisation des revenus des médecins retraités. »* Ces mesures permettraient de créer un choc d'attractivité, pour attirer des médecins de la métropole, pour une installation durable, ou quelques mois de vacations. *« Elles sont simples, peu coûteuses au vu des effectifs, et susceptibles de sauver le système de santé guyanais. »*



ÎLE-DE-FRANCE

Huit propositions pour redynamiser la médecine libérale

« Beaucoup d'agitation et aucune solution adaptée ! » Dans un communiqué publié début juin, l'URPS ML d'Île-de-France pose un regard lucide sur l'accès aux médecins libéraux. Pression parlementaire, incertitude conventionnelle, insécurité croissante, démographie déclinante… Elle brosse un portrait relativement sombre du paysage médical francilien. De moins en moins nombreux*, les praticiens de la région travaillent de plus en plus. Une tendance grandissante qui se traduit par une forte altération de leur qualité de vie au travail. Autre évolution préoccupante : 300 000 patients se retrouvent sans médecin traitant depuis un an. Au-delà du constat, l'URPS ML formule huit propositions pour redynamiser la médecine libérale : maintenir les médecins en exercice le plus longtemps possible ; relancer l'attractivité de l'exercice libéral ; former davantage de médecins en Île-de-France ; ouvrir des stages en libéral pour les internes ; prendre des mesures concrètes contre les rendez-vous non honorés ; lancer un plan d'action contre les violences faites aux médecins ; décharger les médecins libéraux de leurs tâches administratives ; accélérer le virage numérique sans sacrifier la qualité des pratiques et le temps consacré aux patients.

(*) Entre mai 2022 et mai 2023, l'Île-de-France a perdu 354 médecins libéraux, dont 244 médecins généralistes.

Tour de France des CPTS : le verdict est attendu fin juin

Les conclusions de la « mission CPTS » étaient attendues pour l'été. Lancé début mars par Agnès Firmin-Le Bodo, ministre déléguée à l'Organisation territoriale et aux Professions de santé, ce Tour de France doit notamment permettre de mesurer leur apport dans les territoires, mais aussi d'identifier les facteurs clés de leur succès en vue d'une accélération de leur généralisation. Les trois personnalités qualifiées*, en charge de cet audit, ont achevé leurs travaux au début du mois. Ils planchent actuellement sur des recommandations concrètes qui se traduiront par un plan d'action gouvernemental, dont l'échéance n'a pas encore été précisée. Dans le cadre de cette mission, une vingtaine de communautés professionnelles territoriales de santé ont été passées au crible, y compris en Outre-mer. Outre les grandes instances locales de l'offre de soins, plusieurs experts ont également été auditionnés, dont le directeur général de la Cnam, le directeur général de l'AP-HP ou des représentants de l'EHESP. Selon la Fédération nationale des CPTS, 803 structures de ce type sont référencées en France… à un stade d'avancement différent.

(*) Dr Marie-Hélène Certain, médecin généraliste aux Mureaux (Yvelines) ; Albert Lautman, directeur général de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Essonne ; Hugo Gilardi, directeur général de l'ARS Hauts-de-France.

PAYS DE LA LOIRE

Un virage écologique

L'APMSL* et Déclic Écologique viennent de signer un partenariat novateur reposant sur une ambition commune : favoriser la transition écologique des MSP dans les Pays de la Loire. En vertu de cet accord, un programme spécifique sera proposé aux structures implantées sur le territoire. Il comporte notamment un diagnostic environnemental des différents sites et des pratiques, la création d'une équipe transition écologique au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle et le déploiement d'un plan d'action personnalisé à partir des solutions émergées. Le tri, les déchets de soins et les Dasri, le matériel médical et le numérique, les achats et les consommables, les consommations d'énergie, la mobilité, le sur-mesure selon les besoins… Plusieurs ateliers thématiques seront également proposés aux équipes de la MSP qui pourront, si elles le souhaitent, bénéficier d'un suivi personnalisé permettant la mise en œuvre d'éco-solutions (en option). Autre précision notable : les adhérents de l'APMSL profiteront d'une réduction de 10 % sur la prestation d'accompagnement réalisée par Déclic Écologique.

(*) Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux – APMSL.

Sanofi en France

L'alliance de *l'innovation scientifique* et de la *force industrielle*

Nous sommes unis autour d'une même vocation : *poursuivre les miracles de la science pour améliorer la vie des gens.*

Notre passion et notre détermination à trouver des solutions pour les patients nous donnent l'énergie de développer des traitements et vaccins innovants. Sans jamais renoncer.

Forts de nos expertises, de notre diversité et de nos collaborations avec l'écosystème français scientifique et de la santé, nous avons la volonté de réunir les Français autour d'une grande ambition thérapeutique, technologique et industrielle.

En France, nous sommes plus de 20 000 femmes et hommes présents sur 28 sites.

Science, Excellence, France. Faire rimer ces mots, c'est notre engagement.

www.sanofi.fr

Sanofi

@SanofiFR

@sanofi_france

PARIS 2024

PARIS 2024

sanofi

PARTENAIRE
OLYMPIQUE ET PARALYMPIQUE

Sanofi France - 7000040464 - 11/2022

Maladie Rénale Chronique
Agir ensemble pour dépister tôt

Près de 6 millions de personnes en sont atteintes en France, à différents stades de sévérité[1]. La Maladie Rénale Chronique (MRC) est une affection fréquente, sans symptôme spécifique, ce qui complique son dépistage. De fait, selon certains spécialistes[2], 50 % des personnes victimes de MRC ne sont pas diagnostiquées. Et 1 patient sur 3 arrivant au stade sévère n'a jamais été pris en charge auparavant. La MRC se caractérise par un défaut de fonctionnement du rein : il ne filtre plus correctement le sang de l'organisme. Lorsqu'elle s'aggrave, elle peut entraîner de sérieuses complications pour le patient (évènements cardiovasculaires, dialyse, greffe). Les principales causes de la MRC sont le diabète et l'hypertension artérielle.

UNE MALADIE PROGRESSIVE QUI PEUT ÊTRE DÉPISTÉE FACILEMENT

Maladie silencieuse, la MRC est pourtant facile à diagnostiquer. Un dépistage annuel de la population à risque est recommandé et comporte la prescription d'un dosage sanguin de créatinine et d'un dosage d'Albuminurie/Créatininurie (A/C) sur un échantillon d'urine :

- L'examen d'urine est réalisé à partir d'un échantillon d'urine prélevé à toute heure de la journée (préférentiellement les urines du matin) : l'albuminurie, est un marqueur précoce d'atteinte rénale plus sensible que la recherche de protéinurie pour détecter une augmentation modérée ou un stade précoce de MRC.
- La créatininémie ; concentration de créatinine dans le sang. Cette mesure a pour but de s'assurer du fonctionnement normal du rein. En cas de mauvais fonctionnement, la concentration de créatinine dans le sang augmente. Une formule mathématique utilisant créatininémie, âge et sexe permet une estimation du débit de filtration glomérulaire (en ml/min/1,73 m^2 de surface corporelle), correspondant schématiquement au pourcentage de fonction rénale (puisque la normale est un peu supérieure à 100 ml/min/1,73 m^2).

Effectués aisément en laboratoire de biologie, ces examens permettent d'établir le degré de sévérité de la maladie rénale. Cinq stades sont établis : stade 1 (fonction rénale normale, à 90 % et +), stade 2 (maladie rénale chronique, de 60 à 89 %), stade 3 (insuffisance rénale modérée, de 30 à 59 %), stade 4 (insuffisance rénale sévère, de 15 à 29 %), stade 5 (insuffisance rénale terminale, 15 % et moins).

UNE MÉCONNAISSANCE SUR LE RÔLE ESSENTIEL DU REIN ET LA MRC, EN PARTICULIER CHEZ LES PERSONNES À RISQUE

Parallèlement, une enquête IPSOS « Le rein, l'organe oublié » – Février 2023 a démontré la nécessité de mieux informer le grand public et les professionnels de santé sur le rôle essentiel du rein et la MRC. Seuls 13 % des personnes interrogées en ont déjà entendu parler. Et trois quarts des Français déclarent ne pas avoir une bonne connaissance des facteurs de risque (78 %) et des conséquences de cette maladie (75 %). Aussi, la sévérité de la maladie rénale chronique est largement sous-estimée : moins d'un quart savent qu'on ne peut pas en guérir (17 %) et qu'on peut en mourir (24 %).

Plus préoccupant encore, moins d'une personne à risque sur quatre considère qu'elle est susceptible de développer une maladie rénale chronique et moins d'une personne à risque sur cinq déclare faire l'objet d'un suivi concernant sa santé rénale. Et pour cause : dans près de la moitié des cas, les patients atteints de maladie rénale chronique ont été diagnostiqués de façon fortuite, alors que leur médecin avait prescrit des examens pour une autre raison.

UNE CAMPAGNE POUR SENSIBILISER LES PATIENTS À RISQUE À L'IMPORTANCE D'UN DÉPISTAGE PRÉCOCE

Du 27 février au 19 mars dernier, **AstraZeneca**, avec le soutien d'associations de patients – Alliance du cœur, le Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO), France Rein – et de professionnels de santé – Club des Jeunes Néphrologues (CJN), Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA), Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation (SFNDT) – a lancé une campagne de sensibilisation à l'importance d'un dépistage précoce de la maladie rénale chronique chez les personnes à risque, notamment celles vivant avec un diabète ou une hypertension artérielle. À partir d'un visuel symbolisant les reins sous la forme de deux bougies se consumant, l'objectif est de sensibiliser les patients à l'intérêt d'une surveillance régulière pour favoriser le dépistage précoce.

À propos d'AstraZeneca

AstraZeneca est une entreprise biopharmaceutique internationale guidée par la science et axée sur la recherche, le développement et la commercialisation de médicaments de prescription dans les domaines de l'oncologie, des maladies rares, des maladies cardiovasculaires, rénales et métaboliques, et des maladies respiratoires & immunologiques. Basée à Cambridge, au Royaume-Uni, **AstraZeneca** opère dans plus de 100 pays et ses médicaments innovants sont utilisés par des millions de patients à travers le monde.

Pour en savoir plus : www.astrazeneca.fr
et **suivez-nous sur Twitter** : @AstraZenecaFR

---

1. Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) – Agence de la biomédecine. www.irdes.fr/recherche/ouvrages/004-atlas-de-l-insuffisance-renale-chronique-terminale-en-france.pdf

2. Vasmant D. Maladie Rénale Chronique : prévention des risques de iatrogénies médicamenteuses et dépistage de la maladie. Néphrologie & Thérapeutique 2019 ; 15 : 465-467.

« Un diagnostic différentiel pour une prise en charge adaptée »

Pr Vincent Esnault, chef du Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation, CHU de Nice

DANS QUELS CAS EST-IL IMPORTANT DE SURVEILLER RÉGULIÈREMENT LA FONCTION RÉNALE DE SES PATIENTS ?

Trois facteurs de comorbidité sont à prendre en compte en priorité : le diabète de type 2, l'hypertension artérielle et l'obésité. Deux chiffres sont à retenir : en 2020, comme le démontrait le Registre Rein 2020, environ 50 % des patients atteints d'IRC terminale nécessitant la dialyse étaient diabétiques, et 27 % étaient en situation d'obésité. L'HTA majore fortement le risque d'insuffisance rénale. Il faut également tenir compte de l'âge du patient, car la fonction rénale se détériore naturellement : à 80 ans, presque toutes les personnes sont en Insuffisance Rénale Chronique (moins de 60 % de la fonction rénale normale). Enfin, il y a des causes génétiques à connaître, comme les polykystoses rénales. Un dépistage régulier est donc d'autant plus recommandé que les examens sont faciles à réaliser, et qu'une MRC détectée tôt peut être contrôlée grâce à une prise en charge adaptée.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS DE LA MRC ?

Les principaux risques sont de nature cardiovasculaire, avec des risques majorés de troubles du rythme cardiaque, d'AVC, d'infarctus du myocarde. Mais les patients présentent de nombreuses autres complications : anémie, fragilité osseuse, augmentation du risque infectieux… Bien entendu, il faut également évoquer l'impact sur la qualité de vie que représente, pour les patients en stade terminal, le traitement par dialyse.

QUELS EXAMENS PRESCRIRE POUR LE DÉPISTAGE ET COMMENT BIEN UTILISER LES MESURES DFG ET RAC ?

On parle d'insuffisance rénale chronique lorsque le taux de filtration glomérulaire est estimé inférieur à 60 ml/min/1,73 m^2 (soit environ < 60 % de la normale) à partir de la formule CKD-EPI, qu'il faut préférer à la formule de Cockcroft-Gault biaisée principalement pour les âges et poids extrêmes. Il faudra aussi demander les mesures d'albuminurie (ou protéinurie) et de créatininurie sur un échantillon d'urine, afin d'évaluer le Rapport Albuminurie/Créatininurie (RAC), qui est le principal marqueur du risque de progression de la MRC, et aussi un marqueur de risque cardiovasculaire. Le DFG estimé permet d'adapter les posologies ou l'intervalle des doses des médicaments à élimination rénale. Des examens complémentaires sont ensuite requis : échographie ou doppler (pour dépister les obstacles et les pathologies vasculaires), mesure de l'urée sanguine, électrophorèse des protéines urinaires et cytologie urinaire (pour définir la nature de l'atteinte rénale glomérulaire ou tubulo-interstitielle).

COMMENT TRAITER ENSUITE LA MRC ?

Le suivi clinique de la MRC passe par un interrogatoire régulier (asthénie, anorexie, dyspnée…), la mesure du poids et de la pression artérielle, l'auscultation cœur/poumon, le repérage d'œdèmes. Des examens complémentaires sont recommandés, comme un ionogramme complet du sang. Et plusieurs médicaments différents peuvent être utilisés par le néphrologue, pour traiter divers types de complications (apport en calcium et en fer, contrôle de l'HTA, contrôle du cholestérol, équilibre glycémique…).

Dr Bruno Vermesse, médecin généraliste, La Madeleine (Nord)

« Un dépistage à effectuer en routine »

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SONT-ILS SUFFISAMMENT IMPLIQUÉS DANS LE DÉPISTAGE DE LA MRC ?

Non, et c'est une véritable préoccupation de santé publique, alors qu'entre 7 et 10 % de la population est concernée, que les examens à prescrire sont simples à demander et à interpréter, et que l'insuffisance rénale peut être contrôlée, en particulier si elle est détectée à temps. Il est d'autant plus essentiel de promouvoir ce dépistage auprès des généralistes que la MRC doit être systématiquement évoquée en cas de diabète de type 2 et/ou d'HTA, ainsi que de surpoids. Or, ces patients, nous les recevons tous les jours dans nos consultations. Et moins d'un sur deux se voit régulièrement proposer le dépistage. Il est donc essentiel que les médecins généralistes acquièrent le réflexe DFG/RAC chez les populations à risque en priorité mais, sans doute à terme, chez tout un chacun.

AstraZeneca

FR-15809 – 07/2023
Information communiquée
par l'entreprise de santé AstraZeneca

Décarbonation
La Pharma s'y met

Le Leem a dévoilé le 17 juillet son plan de décarbonation de l'industrie pharmaceutique. Une réponse attendue alors que le secteur émet chaque année 26,3 millions de tonnes de CO_2, selon une précédente étude du syndicat des entreprises du médicament. Ce plan, qui s'inscrit dans la lignée des objectifs de l'Accord de Paris, vise ainsi à réduire de 50 % les émissions de CO_2 directement liées à la fabrication des produits et à sa consommation d'énergie d'ici à 2030. Il s'attaque également aux émissions indirectes, liées par exemple à l'approvisionnement, au transport ou encore à l'utilisation des médicaments, qui devraient être réduites de 25 %. L'autre grand chantier de l'industrie pharmaceutique est de mettre fin à l'utilisation de plastique à usage unique en s'alignant sur les objectifs de la loi Anti-Gaspillage pour une Économie Circulaire (AGEC), qui prévoit leur fin d'ici à 2040. *« Les plastiques utilisés dans les blisters, tubes et flacons représentent près de 17 millions de tonnes, soit 27 % des emballages ménagers de médicaments en France »*, précise le Leem. Les blisters mono PVC/aluminium devraient ainsi être remplacés par des blisters recyclables d'ici à 2030 « pour les médicaments nécessitant les propriétés barrières les plus faibles ». Des travaux de R&D seront par ailleurs engagés pour développer des blisters en papier thermoformé avant 2040. La question d'une production plus locale est aussi évoquée. *« Le* sourcing *de la production en Europe est à prévoir pour espérer une réduction conséquente sur les émissions des postes de transport amont et aval de marchandises »*, note le rapport. Afin d'assurer le suivi de ces objectifs, le Leem souhaite enfin systématiser le bilan carbone des entreprises, alors que 60 % d'entre elles ne le réalisent pas actuellement. *« Ce plan permettra d'appuyer auprès de la puissance publique du nécessaire soutien à la réalisation d'investissements coûteux par le secteur »*, ajoute le Leem.

Europe
L'*AI Act* pour encadrer les pratiques

Le Parlement européen a adopté le 14 juin son projet de règlement européen sur l'Intelligence Artificielle (IA), baptisé « AI Act ». L'Union européenne devient ainsi la première à légiférer sur la régulation de l'IA. Le texte entérine plusieurs dispositions reconnaissant et rendant opposable, le principe de garantie humaine de l'IA pour les concepteurs (article 14) et utilisateurs (article 29) de systèmes d'IA. *« C'est une avancée majeure pour porter une vision européenne d'une approche durable de l'ouverture à cette innovation essentielle à notre temps »*, a salué l'initiative Ethik-IA fondée par David Gruson, promoteur du principe de garantie humaine de l'IA en France. La *« volonté de promouvoir une* IA human centric *et protectrice des droits fondamentaux »* et *« les ajouts relatifs à l'IA générative et l'intégration de ces modèles dans des systèmes d'IA à haut risque »* rassurent les acteurs du secteur. L'entrée en vigueur du texte est maintenue pour 2023, avec une application effective dès 2025. *« Cela laisse donc deux ans aux nouveaux acteurs de l'IA pour se conformer à la nouvelle obligation en garantie humaine »*, a souligné Ethik-IA.

Télésurveillance
Enfin dans le droit commun

Le programme Étapes a officiellement pris fin le 1er juillet, laissant ainsi la télésurveillance entrer dans le droit commun du remboursement. Quatre activités ouvrent ainsi à une prise en charge de l'Assurance-maladie : le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire et l'insuffisance rénale. Toutefois, si la DGOS salue « un nouveau champ de pratiques monté collectivement », le Snitem, qui représente les industriels du dispositif médical, déplore des zones de flou persistantes, notamment en matière de commande publique, avec des procédures qui risquent d'allonger les délais de mise en œuvre de solutions de télésurveillance. Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée de la Cnam, a récemment défendu un processus de remboursement inédit et très favorable aux industriels. « En ce qui concerne la télésurveillance, l'Assurance-maladie renverse la tendance, puisqu'on "paye pour voir". Déjà, des DM connectés ont profité d'investissements conséquents, sans que les premiers résultats cliniques aient prouvé l'amélioration pour les patients ». Nous sommes entrés dans une nouvelle phase où les entreprises de Dispositifs Médicaux Numériques (DMN) vont devoir produire des données cliniques en temps réel afin d'évaluer le service médical rendu, et donc cerner si le DMN a vocation à être remboursé ou pas.

100 000 médecins
Un site confraternel de notation

L'Association « 100 000 médecins », qui regroupe les syndicats CSMF, FMF, SML, Le Bloc, MG France, Jeunes Médecins, SNJMG, Avenir Spé et l'UFML, vient de lancer le « premier site d'entraide confraternelle » destiné à l'évaluation pratique des outils digitaux des praticiens libéraux. Intitulé **100000médecins.org**, il permet par exemple à chaque médecin libéral d'attribuer une note aux différentes facettes de ses logiciels et partager son expérience avec ses confrères. Le site propose également, pour chaque logiciel médical, une « note globale » reflétant les avis colligés.

Déserts médicaux : le gouvernement mise sur les MSP

Selon Agnès Firmin-Le Bodo, ministre déléguée à l'Organisation territoriale et aux Professions de santé, le gouvernement va investir 45 millions d'euros pour densifier le maillage des MSP, ouvertement considérées comme un « levier prioritaire » pour améliorer durablement l'accès aux soins dans les territoires. *« Une maison de santé pluriprofessionnelle ouverte, ce sont environ 600 patients de plus vus chaque année par un médecin »*, souligne le ministère de la Santé et de la Prévention, dans un communiqué. Ventilé sur trois ans, cet investissement doit permettre de créer 1 700 MSP supplémentaires d'ici 2027... soit un total de 4 000*. Il permettra également de développer de nouveaux outils et de nouvelles formes d'accompagnement des porteurs de projets pour soutenir les acteurs de terrain et changer concrètement la vie des usagers. Une chose est sûre : le « Tout MSP » ne sera pas un remède miracle. Toutes les formes de regroupement devront être privilégiées.

(*) Selon la Direction générale de l'offre de soins, 2 251 maisons de santé pluriprofessionnelles étaient répertoriées sur le territoire français en décembre 2022.

Démographie médicale : recul confirmé des médecins en activité régulière

Dans son dernier Atlas de la démographie médicale*, le Cnom évoque une « situation fragile » qui comporte de « multiples incertitudes » au regard des évolutions constatées depuis 2010. Cette analyse statistique révèle notamment une baisse du nombre de médecins en activité régulière au cours des treize dernières années (- 1,3 %). Une érosion partiellement compensée par la hausse des médecins en activité intermittente (+ 60 %) et en cumul emploi-retraite (+ 260 %) sur la période. L'instance ordinale anticipe néanmoins un « déclin probable » des retraités actifs qui ne manquera pas de « corser un peu plus les difficultés d'accès aux soins ». Le Cnom décrit également plusieurs tendances préoccupantes, dont un creusement des inégalités territoriales, une désaffection « relative mais croissante » de l'exercice libéral régulier en médecine générale, un retrait de la plupart des spécialités des territoires en périphérie de région ou encore une augmentation progressive de la part des médecins à diplôme étranger (+ 87,4 %). Tous types d'exercice confondus, 243 208 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier dernier, soit une hausse de 8,5 % en treize ans.

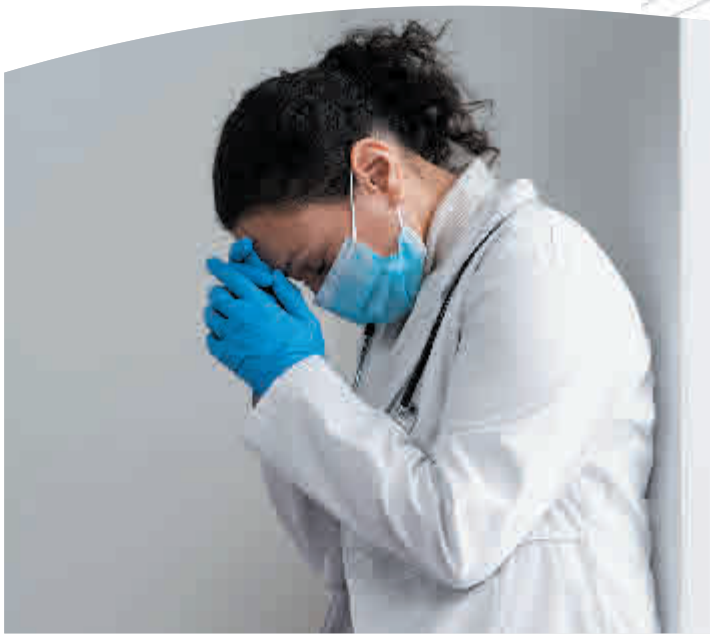
(*) « Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2023 », Cnom (juin 2023).

Violences professionnelles : un plan imminent pour protéger les soignants

Le drame du CHU de Reims rappelle l'urgence de la situation*. Annoncé début janvier par le ministère de la Santé et de la Prévention, un plan d'action contre les violences faites aux soignants doit être présenté avant l'été, conformément aux orientations fixées par la Première ministre. Il s'appuiera sur les quarante-quatre mesures issues du rapport Nion/Masseron, remis début juin aux ministres de tutelle. Les deux experts mandatés par la puissance publique ont notamment identifié six objectifs prioritaires : agir sur les déterminants des violences ; acculturer les professionnels ; mieux objectiver les faits de violences internes et externes ; accompagner et soutenir les victimes ; préparer les futurs professionnels ; communiquer auprès de tous les acteurs. Certaines propositions concrètes, comme le déploiement de dispositifs d'alerte portatifs, la formation initiale et continue des soignants et des personnels d'accueil, le durcissement de la réponse pénale face aux menaces et aux agressions ou encore un meilleur accompagnement des victimes dans leurs démarches judiciaires, ont particulièrement retenu l'attention du gouvernement.

> **Annoncé début janvier par le ministère de la Santé et de la Prévention, un plan d'action contre les violences faites aux soignants doit être présenté avant l'été, conformément aux orientations fixées par la Première ministre.**

(*) Infirmière au CHU de Reims, Carène Mezino a été assassinée dans l'exercice de ses fonctions, le 22 mai dernier.



DE et HN : deux options tarifaires méconnues

De nombreux médecins libéraux ont choisi d'augmenter le montant de leurs consultations pour compenser la hausse du coût de la vie. Globalement méconnues, deux options tarifaires peuvent être activées en toute légalité : le DE et le HN. Bref rappel de leurs conditions d'application.

DEUX ALTERNATIVES LÉGALES

La voie conventionnelle n'ayant rien donné, faute de moyens économiques suffisants, certains médecins libéraux sont contraints de facturer leurs consultations trente euros, ne serait-ce que pour absorber la hausse croissante de leurs charges fixes. Malgré les menaces récemment proférées par la Cnam, le mouvement gagne du terrain dans la France entière. Le message est sans équivoque : la CSMF défendra tous les praticiens qui seraient éventuellement pénalisés par leur CPAM. La Confédération rappelle néanmoins l'existence de plusieurs dispositifs tarifaires légaux, dont le DE et le HN, tous deux susceptibles de compenser – partiellement – le choc inflationniste et la faible revalorisation prévue par le règlement arbitral… cet automne. Dans une note publiée mi-mai sur son site internet, le service juridique de la CSMF propose un mode d'emploi synthétique pour faciliter leur appropriation. Elle recommande également aux médecins libéraux d'afficher toutes les informations tarifaires dans leur salle d'attente.

LE DÉPASSEMENT EXCEPTIONNEL POUR EXIGENCE DU PATIENT

En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, les médecins libéraux peuvent facturer leurs consultations au-delà du tarif opposable*. Ils doivent cependant fournir toutes les informations nécessaires aux patients concernés, en leur indiquant notamment le montant et le motif de ce supplément non pris en charge par l'assurance maladie, mais potentiellement couvert par leur mutuelle, en fonction du contrat souscrit. Autre condition imposée : l'indication « DE » doit impérativement figurer sur la feuille de soins. Non systématique, ce dépassement exceptionnel peut être appliqué si le patient exige une visite à domicile non justifiée ou une venue en dehors des horaires d'ouverture du cabinet. Les abus peuvent être sanctionnés dans le cadre d'une procédure engagée par la caisse. Il est donc recommandé de procéder avec tact et mesure, et de varier le montant du DE selon le degré d'exigence du patient.

LA COTATION HORS NOMENCLATURE

La cotation hors nomenclature correspond aux actes ou aux prestations non remboursables. Leur valeur est directement fixée par le médecin qui réalise la consultation. Deux cas de figure peuvent se présenter pour le HN. Si le médecin se contente d'un acte non remboursé, que ce soit une séance d'ostéopathie, une consultation psychothérapeutique ou un produit prescrit hors AMM, il doit établir une facture mentionnant la nature de l'acte et le montant perçu. Si le médecin cumule des actes ou des prestations remboursables et non remboursables durant la même consultation, il doit inscrire les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un soit une facture mentionnant la nature de l'acte et le montant reçu. À noter : le HN est forcément relié à un acte et doit uniquement être inscrit sur les ordonnances. Dans tous les cas, le patient doit avoir été informé au préalable du montant de l'acte et de son caractère non remboursable. Il est préférable d'obtenir un consentement signé pour la facturation et de garder une trace dans le dossier médical.

(*) Article 39.1 de la convention médicale.

Dans tous les cas, le patient doit avoir été informé au préalable du montant de l'acte et de son caractère non remboursable.

Internat en médecine générale : les enjeux de la réforme

François Braun a dévoilé en juin les modalités opérationnelles de la quatrième année du DES de médecine générale. Malgré les avancées, la réforme est vivement contestée par les organisations syndicales étudiantes.

DEUX AMBITIONS FORTES

À compter de la rentrée prochaine, l'internat en médecine générale durera quatre ans, comme pour les autres spécialités médicales. Promesse de campagne du candidat Macron, cette réforme a été votée dans le dernier projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Officiellement présentée mi-juin, elle repose sur deux grandes ambitions : renforcer la formation et la professionnalisation des médecins généralistes pour faciliter et sécuriser leur installation, mais aussi répondre aux besoins de santé croissants de la population, en particulier dans les territoires plus isolés et moins dotés. Les « pionniers » étrenneront cette nouvelle formule à l'automne 2026. Selon le ministère de la Santé et de la Prévention, ce dispositif devrait concerner 3 600 internes par an.

DEUX STAGES DE SIX MOIS

Cette dixième année se décomposera en deux stages de six mois qui se dérouleront – sauf exception – dans le même cabinet médical, sous l'autorité d'un maître de stage universitaire agréé, dont les effectifs seront renforcés. Autre nouveauté : les internes en quatrième année de médecine générale auront le statut de « docteur junior » et devront participer à la PDSA.

En contrepartie de leurs différents engagements, ils percevront 32 000 euros brut par an. Ils toucheront également 20 % des honoraires de leurs consultations dans une fourchette comprise entre 10 et 30 actes par jour. Ceux qui choisiront d'exercer dans une zone d'intervention prioritaire recevront même une indemnité supplémentaire de 400 euros par mois. Selon François Braun, leur rémunération mensuelle pourrait atteindre 4 500 euros net… dans le meilleur des cas.

UN ACCUEIL TRÈS MITIGÉ

Malgré les avancées promises, les organisations syndicales étudiantes* réclament le report de cette réforme, arguant du flou ambiant qui entoure ses modalités opérationnelles, que ce soit sur le plan pédagogique, professionnel ou économique. Elles dénoncent notamment le « timing » des annonces ministérielles, finalement dévoilées le 12 juin dernier, soit une dizaine de jours avant les épreuves nationales classantes ; un délai jugé trop court pour permettre aux étudiants de choisir sereinement leur future orientation. Elles s'inquiètent également des conditions de travail qui seront proposées aux futurs internes, faute de terrains de stage en nombre suffisant. Les pouvoirs publics sont prévenus : la position radicale des syndicats étudiants restera figée tant que tous les textes n'auront pas été publiés.

(*) L'ANEMF, l'ISNAR-IMG et l'ISNI.

LE CHIFFRE-CLÉ

16 000

C'est le nombre de MSU attendus en médecine générale « pour répondre au besoin » d'ici fin 2026, selon François Braun. Il y avait 13 000 praticiens ambulatoires formés au 1er janvier dernier.

LE FAIT MARQUANT

Un rapport préfigurateur

La présentation de la réforme du DES de médecine générale coïncide avec la remise officielle du rapport produit par quatre personnalités qualifiées*, mandatées en septembre dernier par Sylvie Retailleau et François Braun. Ces experts ont formulé vingt-cinq recommandations concrètes, axées autour de cinq objectifs prioritaires : améliorer la qualité de la formation des futurs médecins généralistes ; donner à la quatrième année un caractère professionnalisant, à travers un statut adapté de docteur junior en médecine générale ; inciter les futurs praticiens, sans les contraindre, à découvrir le territoire ; renforcer l'encadrement de la formation en médecine générale selon un plan thématique pluri-annuel ; rendre le territoire attractif avec de vraies mesures d'accompagnement. La plupart de leurs préconisations ont été suivies par les ministres de Tutelle.

(*) Pr Nanou Bach-Nga Pham, Pr Stéphane Oustric, Pr Olivier Saint-Lary et Mathilde Renker.

à Déguster

IL TRONCHETTO DI DOMENICO

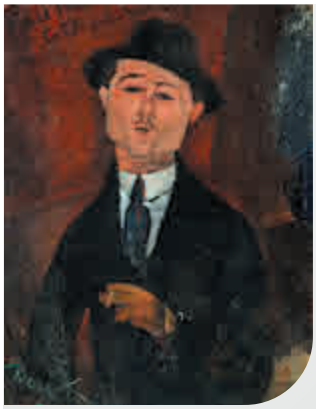
Les avis sur le web ne trompent pas… de même que la découverte du lieu en chair et en os ! Testé au hasard après un rendez-vous professionnel dans le quartier, **il tronchetto di Domenico** se révèle être une pépite de la cuisine populaire italienne. Plus exactement de la pizza, ce plat universel et si souvent galvaudé. La salle est quelconque et exiguë, de même que la terrasse sur la rue de Lourmel. Mais l'accueil du patron, le bien-nommé **Domenico**, est à la hauteur de la qualité des plats. Des pâtes fines, des garnitures généreuses à partir de produits haut de gamme, une cuisson idéale… Avant les pizzas, partagez-vous une assiette d'antipasti. La mise en bouche est parfaite, accompagnée d'un bon vin choisi avec soin, et conclu par un tiramisu léger et goûtu… après la Napolitaine, qui reste le meilleur étalon de la pizza. Autre avantage notoire, le rapport qualité/prix, au vu de la situation, est imbattable. Dernier bon point : le service est rapide et agréable. En moins d'une heure, l'affaire est faite, avec en prime la « gouaille » de Domenico, particulièrement appréciable pour les italophones. À noter que l'endroit est à cinq stations de métro du ministère de la Santé.

il tronchetto di Domenico – 22, rue de Lourmel – Paris 15e – Tél. : 06 95 44 40 68

à Lire

MILAN KUNDERA

L'immense auteur franco-tchèque est décédé le 11 juillet à l'âge de 94 ans. Chassé de la Tchécoslovaquie communiste en 1975, il est destitué de sa nationalité d'origine en 1979, avant de devenir français en 1981, grâce à François Mitterrand. Trois de ses œuvres sont à lire – ou à relire – pour comprendre l'importance de cet écrivain, traduit dans plus de 40 langues. *« Risibles amours »*, écrit en 1968, rassemble sept nouvelles dédiées à l'amour, la fidélité, l'identité et l'être, sur fonds de totalitarisme communiste. En 1984 sort ce que beaucoup considèrent comme son chef-d'œuvre : *« L'insoutenable légèreté de l'être »* est un roman d'amour et une ode à la liberté. Le récit suit le parcours d'artistes et d'intellectuels, durant le Printemps de Prague, qui se refusent à l'engagement et choisissent de vivre librement, dans la « légèreté ». En 2003, il publie *« L'ignorance »*, dernier volet de son cycle français, après *« La lenteur »* (1995) et *« L'identité »* (1998). Il y décrit le parcours d'Irena et de Josef, deux Tchèques émigrés en 1968 et qui reviennent au pays vingt ans après. Peintre sarcastique de la condition humaine, **Milan Kundera** fait partie des très rares écrivains publiés de son vivant dans la prestigieuse collection de *La Pléiade*.



à Visiter

TROIS EXPOS DE RENTRÉE

Vous avez du temps à battre à Paris, après une séance syndicale ou une réunion au Ministère ? Voici trois propositions d'expos à découvrir à la rentrée. Aux Archives Nationales (Paris 3e) se tient jusqu'au 6 novembre l'exposition (gratuite) « Louis XVI, Marie-Antoinette et la Révolution ». Une plongée dans les 1 000 derniers jours du couple royal avant la chute de la Monarchie. Extraits inédits du journal du roi, correspondance secrète entre la reine et le comte de Fersen… des documents rarement montrés sont à découvrir. Côté sciences, le Musée Guimet propose jusqu'au 18 septembre un événement intitulé « Médecines d'Asie », qui explore les traditions des trois grands courants : Chine, Inde, Tibet. 300 œuvres sont accessibles, autour des thèmes fétiches de la médecine asiatique : la méditation et le chamanisme, l'équilibre des énergies et la pharmacopée, le massage et l'acupuncture, l'astrologie et l'exorcisme… Enfin, les amateurs de peinture apprécieront « Modigliani, un peintre et son marchand » au Musée de l'Orangerie, qui témoigne de l'importance de ce type de tandem pour révéler au monde l'immense talent d'un génie du portrait.

À voir entre le 15 septembre et le 20 janvier.

ASSUMED

Assumed, c'est :

+ de 50 000 contrats souscrits
+ de 44 000 adhérents

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

Dr Yves DECALF
président

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

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

SN-MCR

Cotisation : 66€ pour 2023

Pour comprendre & participer à l'avenir de votre retraite

Pour connaître les meilleures dates possibles de liquidation de votre retraite, **une étude gratuite** est proposée par le SN-MCR à ses adhérents.
Indiquez-nous, par courriel, votre **date de naissance** (JJ/MM/AA), **le nombre de trimestres cotisés TOUS régimes de base** (à recueillir sur www.info-retraite.fr), la **date du relevé** et, si possible, la ou les **dates souhaitées pour la liquidation.**

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

MACSF

oui,
choisir le 1er assureur des professionnels de la santé, c'est faire *évoluer* le futur de la santé

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

PUBLICITÉ

MACSF assurances - SIREN N°775 665 631 - Société d'Assurance Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège Social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX.

Création : dps - Crédit photo : Adobe Stock - 23_272 - 04/2023