Octobre 2023
n° 1364

le Médecin de France

Le journal de la CSMF
Confédération des Syndicats Médicaux Français

Grève : ne rien lâcher !

La Rencontre
Sébastien Guérard
Président de l'Union Nationale des Professionnels de Santé

Brèves & Personnalités
Éric Chenut
Grégory Emery
Jean-Yves Grall
Thomas Fatome

En Pratique
Cumul emploi-retraite :
les dernières évolutions législatives

MACSF

PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBERAUX

oui,

un check-up avec le 1er assureur des professionnels de la santé peut vous permettre de *sécuriser votre activité*

- **Des offres spécifiques** pour protéger vos biens, maintenir votre niveau de vie et accompagner vos projets.
- **Un conseiller dédié** et non commissionné à votre service.
- **Un RDV Diagnostic** en agence, sur votre lieu d'exercice ou chez vous :

CHECK UP PRO

Toute l'expertise MACSF dans un RDV Diagnostic.

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

23_493 - 08/2023 Création : dps - Crédits photos : AdobeStock

PUBLICITÉ

MACSF assurances – SIREN n° 775 665 631 – MACSF prévoyance – SIREN n° 784 702 375 – Sociétés d'assurance Mutuelles – Entreprises régies par le Code des assurances – Sièges Sociaux : Cours du Triangle – 10 rue de Valmy – 92800 PUTEAUX – Adresses postales : 10 cours du Triangle de l'Arche – TSA 40100 – 92919 LA DEFENSE CEDEX. MACSF financement - Société de financement - S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 8 800 000 € - Siège Social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - 343 973 822 RCS NANTERRE.

Sous ONDAM de ville 2024 : une lueur d'espoir

Le niveau de l'ONDAM était très attendu par les acteurs de la santé. Le Gouvernement a tranché. Il sera en 2024 de 3,5 % pour la médecine de ville et de 3,2 % pour l'hospitalisation.

Sans crier victoire, il s'agit de la première « bonne nouvelle » depuis bien longtemps. Avec 300 millions de consultations effectuées chaque année, la médecine de ville est la porte d'entrée dans le système de santé pour nos concitoyens. Il était temps que cela se traduise par un rééquilibrage avec la médecine hospitalière. Notre système de santé marche sur 2 jambes. Le déséquilibre entretenu depuis des années en dévafeur de la médecine libérale ne peut aboutir qu'à sa disparition progressive.

Si nous pouvons nous féliciter de cette annonce du Gouvernement, la CSMF demande :

- L'ouverture de négociations conventionnelles avec les moyens nécessaires pour valoriser l'expertise médicale et l'engagement des médecins libéraux. Il en va de l'accès aux soins des Français !
- A ce que les prescriptions hospitalières dont la dispensation est effectuée en ville soient mises sur le sous ONDAM hospitalier. Dans le cas contraire, cette « bonne nouvelle » ne serait qu'un marché de dupe.
- L'ouverture d'un espace de liberté tarifaire solvabilisé par les complémentaires pour tous les médecins. 3,5 %, cela reste 2 points sous le niveau de l'inflation. L'OPTAM renové pour tous n'est pas un programme politique. C'est en revanche une volonté de trouver une voie de passage ambitieuse, équilibrée, durable et respectueuse de notre contrat social.

La médecine de ville a besoin d'un choc d'attractivité. Nous devons attirer nos jeunes confrères et garder les plus âgés. Il en va de l'accès aux soins des Français.

Dr Franck Devulder
Président
de la CSMF

4 | la Rencontre
Sébastien Guérard, Président de l'Union Nationale des Professionnels de Santé

6 | Brèves & Personnalités
Antibiothérapie vers la généralisation des Trod
Covid-19 : la campagne vaccinale avancée de deux semaines
Canicule : les chiffres de la surmortalité

8 | Coordination & Santé
Pays de la Loire, Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes

10 | le Dossier
Grève : ne rien lâcher !

18 | Société & Santé
Rendez-vous de prévention : top départ !
Cancers précoces : un phénomène préoccupant
Démographie médicale : aucune amélioration avant… 2032

20 | en Pratique
Cumul emploi-retraite : les dernières évolutions législatives

21 | à Quoi ça sert ?
Health Data Hub : le guichet unique des données de santé

22 | les Loisirs
À déguster, à visionner, à lire

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 – Freepik • **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** Octobre 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

Sébastien Guérard
Président de l'Union Nationale
des Professionnels de Santé

« De nouvelles ambitions pour la coordination des soins »

Âgé de 43 ans, Sébastien Guérard exerce comme kinésithérapeute libéral à Saint-Nazaire-en-Roussillon (Pyrénées-Orientales). Président du Collège de la masso-kinésithérapie de 2017 à 2019, il préside la FFMKR depuis novembre 2019. Impliqué dans le domaine interprofessionnel, il a présidé l'intersyndicale des Libéraux De Santé (LDS) entre 2021 et septembre 2023. Il propose un « changement de cap » pour l'UNPS, qui doit selon lui être l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics.

VOUS VENEZ D'ÊTRE ÉLU PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (UNPS). POUVEZ-VOUS NOUS RAPPELER D'OÙ VIENT L'ORGANISME ET QUELLES SONT SES MISSIONS ?

L'UNPS a été créée à l'occasion de la réforme de 2004, qui avait également institué l'UNCAM, fédérant les régimes d'assurance-maladie et l'UNOCAM, représentant les familles des assureurs complémentaires santé. Il s'agissait à l'époque d'élargir et d'harmoniser la gouvernance de la branche maladie et de faciliter le dialogue entre les différentes parties prenantes. L'UNPS représente l'ensemble des professionnels de santé : elle regroupe des représentants de 23 organisations de professionnels de santé et compte 46 membres de droit. Chaque profession désigne ses représentants sur la base des résultats des élections aux URPS. L'UNPS porte plusieurs missions, dont l'émission de propositions relatives à l'organisation du système de santé, ainsi qu'à tout sujet d'intérêt commun aux professions de santé, et en particulier en ce qui concerne l'organisation des soins entre professionnels libéraux et secteur hospitalier, la démographie professionnelle, la permanence des soins, la formation interprofessionnelle et la maîtrise médicalisée. Surtout, c'est l'UNPS qui négocie l'Accord Cadre Inter Professionnel (ACIP), dont la dernière version date de 2018. Elle s'est organisée à travers six groupes de travail, qui témoignent de l'ampleur de son champ d'action : formation et démographie, exercice coordonné interprofessionnel, dispositions sociales et fiscales, informatique, qualité sécurité et pertinence et enfin Europe.

VOUS AVEZ PLACÉ VOTRE ÉLECTION SOUS LE SIGNE DU CHANGEMENT DE CAP. DANS QUELLE DIRECTION SOUHAITEZ-VOUS EMMENER L'ORGANISATION ?

En effet, nous devons, avec la nouvelle équipe qui prend la direction de l'UNPS, porter une nouvelle ambition au service de l'ensemble des professionnels de santé. Ces dernières années, elle a eu tendance à perdre de sa légitimité, avec la création et la constitution d'organisations portant les intérêts de nouvelles structures comme la FCPTS (représentant les CPTS) ou AVEC Santé (représentant les MSP). Or, l'UNPS, par sa position institutionnelle, a vocation à être l'interlocuteur privilégié des tutelles. Il faut revoir la méthodologie de travail, être plus productifs et performants, embrasser plus largement l'ensemble des problématiques liées aux conditions d'accès et d'organisations des soins. Les fédérations de patients, de CPTS, de MSP et tous les acteurs soucieux d'améliorer l'accès aux soins pourront être sollicités et concertés. Et de nouveaux sujets sont à mettre à l'agenda. Je prendrai l'exemple de la prévention : elle se limite aujourd'hui aux stratégies de vaccination et de dépistage et à quelques programmes publics, comme MTDents. Or, c'est un thème qui doit par essence être décloisonné, s'organiser à l'échelle des territoires, être portée transversalement, de façon pluri-

professionnelle et s'ouvrir sur des thématiques plus larges, incluant par exemple la santé au travail.

VOUS DEVEZ RENÉGOCIER L'ACIP AVEC L'ASSURANCE-MALADIE EN 2024. COMMENT DOIT ÉVOLUER CET OUTIL IMPORTANT POUR SOUTENIR LA DYNAMIQUE INTERPROFESSIONNELLE ?

C'est, bien sûr, au premier rang des priorités du moment. La révision en profondeur de l'ACIP doit être menée dès maintenant, et nous devons être une force de propositions écoutée et entendue. La version actuelle de l'ACIP se limite aux questions numériques et pose un simple accord de méthode, sans réelle traduction opérationnelle. Le sujet de la coordination est aujourd'hui morcelé entre l'ACIP, l'ACI-CPTS, l'ACI-MSP et le projet de l'ESCAP que nous portons à l'UNPS. Si ces dispositifs sont bien sûr utiles, ils ne favorisent pas la lisibilité, la cohérence et donc l'efficacité des politiques dédiées à la coordination des soins. L'ACIP doit réellement être le lieu d'expression de cette cohérence. Je pense par ailleurs, et de façon plus large, qu'il faut revoir les modalités de la politique conventionnelle. Que ce soit pour chacune des professions ou pour les conventions interprofessionnelles, il faut raccourcir leur durée à trois ans, les aligner sur une stratégie triennale d'évolution de l'ONDAM, favoriser des modalités de discussion en continu entre les parties prenantes, supprimer la règle des stabilisateurs économiques pour que les nouvelles mesures se traduisent plus clairement dans le quotidien des professionnels de santé. A défaut de réinventer la politique conventionnelle, il y a un réel risque que la loi s'y substitue, pour des effets probablement négatifs pour les professionnels.

VOUS ÉVOQUEZ LE PROJET DE L'ÉQUIPE DE SOINS COORDONNÉS AVEC LE PATIENT (ESCAP). OÙ EN EST-ON, ET QUAND VERRONT-ELLES LE JOUR ?

Les réunions de concertation avec l'assurance-maladie se poursuivent, et le principe de l'ESCAP est désormais acquis, avec une expérimentation sur cinq ans. Il a finalement été convenu qu'il n'y aurait pas d'outil informatique national dédié et que le Cahier des Charges sera en libre accès pour tous les éditeurs de solutions numériques. Durant la phase expérimentale, les ESCAP se consacreront à quatre types de patients : les patients diabétiques de type 1, les patients atteints d'AVC, les patientes en soins palliatifs et les patients polypathologiques de + de 65 ans. Pour être éligibles, les patients devront répondre à des critères médicaux fixés par la grille d'évaluation. Les ESCAP devraient commencer à fonctionner dès l'année prochaine.

Éric **Chenut**

Président de la Mutualité française

Selon le président de la Mutualité française, il faut s'attendre à une nouvelle hausse des tarifs des complémentaires santé pour 2024. Plusieurs raisons sont invoquées : l'inflation, bien sûr, mais également des transferts de charge des soins dentaires venus de l'assurance-maladie obligatoire (hausse de ticket modérateur), ainsi qu'une dynamique des dépenses plus élevées que prévues pour 2023. « On va attendre d'avoir la copie du projet de loi de finances de la Sécurité sociale 2024, mais tout cela va peser sur les équilibres techniques des mutuelles », expliquait-il au *Parisien*. Dans le même article, Bercy rappelait de son côté que l'engagement pris par les représentants des assureurs, en 2022, de contenir l'évolution des primes sous l'inflation, est valable deux ans.

Grégory **Emery**

Directeur général de la santé

Jusque-là adjoint, il a été nommé le 20 septembre directeur général de la Santé, en remplacement du Pr Christian Rabaud, qui était en poste depuis cinq mois. Médecin spécialiste de santé publique, Grégory Emery a débuté sa carrière politique à la direction générale de l'offre de soins en 2017, avant de devenir conseiller de deux ministres de la Santé, Agnès Buzyn et Olivier Véran, ainsi que du Premier ministre Édouard Philippe au plus gros de la crise de la Covid en 2020. Il avait souhaité rejoindre en 2021 le groupe Korian, géant des Ehpad, en tant que directeur des affaires publiques, mais la Haute Autorité pour la Transparence de la Vie Publique (HATVP) s'y était opposée.

en Brèves

ANTIBIOTHÉRAPIE VERS LA GÉNÉRALISATION DES TROD

Le gouvernement cherche à muscler son arsenal contre les pénuries de médicaments, notamment les antibiotiques, en généralisant les tests de dépistage ou Tests rapides d'orientation diagnostique (Trod). La mesure, figurant dans le prochain budget de la Sécurité sociale présenté le 27 septembre, obligerait les médecins à prescrire des antibiotiques en les conditionnant à la réalisation d'un test pour s'assurer que la maladie est bien d'origine bactérienne et non virale. Ces tests sont déjà recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la prise en charge de l'angine, pour lutter contre l'antibiorésistance. Mais ils sont encore peu utilisés : seulement 1,2 million ont été commandés par les généralistes pour 9 millions de patients traités. Les autorités pourraient aussi appeler l'hôpital public à la rescousse pour produire certains médicaments en cas de pénuries. « Il y a à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, un énorme établissement pharmaceutique (...), je les ai autorisés à produire des médicaments pour faire face si jamais il y avait des pénuries », a déclaré le ministre de la Santé, Aurélien Rousseau. Les capacités de production de l'AP-HP sont toutefois limitées : en 2018 l'établissement a fait le choix de réduire ses effectifs et de délaisser la production de médicaments pour l'externaliser et se concentrer sur la recherche.

COVID 19 : LA CAMPAGNE VACCINALE AVANCÉE DE DEUX SEMAINES

Le ministre de la Santé Aurélien Rousseau a annoncé vendredi que la campagne de vaccination contre la Covid-19 sera avancée de deux semaines, au 2 octobre. Le gouvernement suit ainsi l'avis du Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (Covars), qui recommande d'accélérer l'accès au rappel devant la hausse de la circulation du virus. Dans son dernier bulletin publié mercredi 13 septembre, Santé publique France indique que les actes médicaux réalisés pour suspicion de Covid ont augmenté de 17 % en une semaine. À l'hôpital, une hausse de 30 % des passages aux urgences pour le même motif a été enregistrée.

Jean-Yves **Grall**

Membre du Collège de la HAS

Président de la Commission d'Évaluation Économique et de Santé Publique (CEESP) de la Haute Autorité de Santé (HAS), il vient d'être désigné pour présider temporairement la Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDIMTS). Il remplace Isabelle Adenot, qui a démissionné et quitte le collège de la HAS pour raisons personnelles. Ancienne présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, elle avait été nommée au Collège de la HAS en avril 2017 et renouvelée le 1er juin 2020. À la tête de la CNEDiMTS, Isabelle Adenot s'est particulièrement impliquée dans la promotion des processus de prise en charge de l'innovation (forfait Innovation, prise en charge transitoire, prise en charge anticipée numérique…). Le nouveau membre du collège sera nommé par le président du Conseil économique, social et environnemental (CESE).

Thomas **Fatome**

Directeur général de la CNAM

Dans un entretien accordé au *Quotidien du Médecin* le 22 septembre, le directeur général de la CNAM a tenté, à la suite d'Aurélien Rousseau, de « déminer » le terrain avant la grève du 13 octobre. Pour lui aussi, le C à 26,50 euros « n'est qu'une étape ». Et il a annoncé son souhait d'entamer la reprise des négociations conventionnelles avant le 1er novembre, tout en invoquant son attente de la lettre de cadrage et le respect des règles en la matière, notamment la tenue du conseil de l'Uncam, avant tout calendrier officiel. Il a confirmé son intention de parvenir à « un accord ambitieux » avec les médecins, tenant compte des conditions d'attractivité de la médecine de ville, du contexte inflationniste et de la nécessaire amélioration de l'accès aux soins. Il a enfin reconnu l'abandon définitif du Contrat d'engagement territorial.

CANICULE : LES CHIFFRES DE LA SURMORTALITÉ

Près de 400 décès supplémentaires, toutes causes confondues, ont été recensés en France pendant la canicule qui a frappé 52 départements du 11 au 26 août, selon les estimations de l'agence Santé publique. « Les impacts sur la mortalité sont hétérogènes selon les départements du fait notamment de la durée (nombre de jours en canicule) et de l'intensité (températures) de l'épisode, mais aussi de la période de survenue et du type de population touchée », note SPF. Ainsi, les chiffres fluctuent entre absence de surmortalité et des excès de mortalité relatifs supérieurs à 20 % dans certains départements, comme le Lot ou l'Aveyron. L'Auvergne-Rhône-Alpes avec 169 décès en excès (+ 7,3 %), et la Nouvelle-Aquitaine, avec 120 décès en excès (+ 9,5 %), ont été les régions les plus touchées. SPF publiera à l'automne un bilan consolidé de l'impact sanitaire des différentes canicules et plus globalement de l'exposition de la population française hexagonale aux fortes chaleurs durant toute la période estivale 2023.

en Chiffres

2,1 %

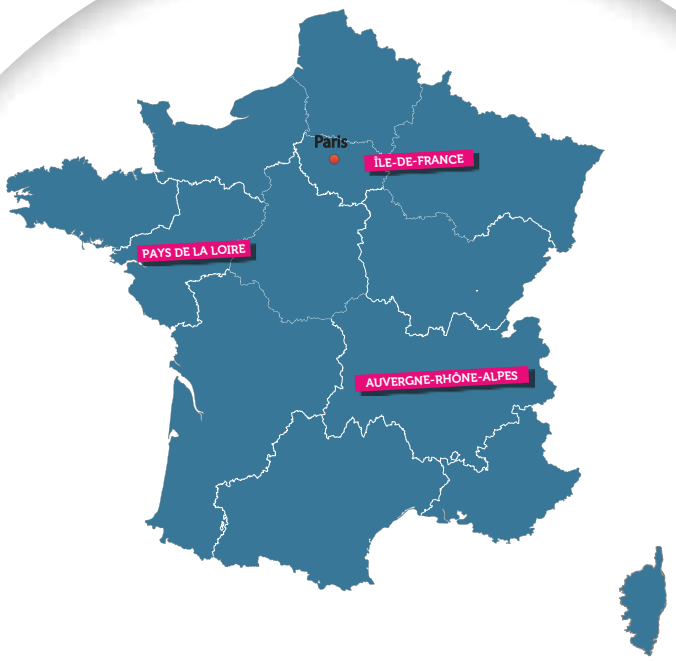
C'est le taux de diminution des dépenses de soins de ville sur les sept premiers mois de 2023, par rapport à la même période en 2022, en raison notamment de la fin de la période épidémique liée à l'impact élevé du variant omicron.

+ 14,3 %

C'est, selon l'ANEMF, la hausse du coût maximal des études en médecine pour la rentrée 2023, compte tenu des effets de l'inflation lorsqu'ils font appel à un organisme privé pour préparer leurs examens.

99 %

C'est le taux de conformité des logiciels métier des médecins aux exigences du Ségur du numérique, selon l'Agence du numérique en santé, qui salue par ailleurs la progression des quatre derniers mois en termes d'alimentation de Mon Espace Santé.



PAYS DE LA LOIRE

un succès de prestige

L'URML des Pays de la Loire dresse un bilan « très positif » de ses stages de découverte en médecine de ville. Lancé il y a dix-huit mois en partenariat avec l'ADEMA et la CNEM, ce dispositif doit permettre aux étudiants intéressés de découvrir les différentes facettes de l'exercice libéral en cabinet ou en établissement. Résultat : 350 volontaires ont réalisé un mini-stage dans l'une des 424 structures médicales bénévoles, implantées dans les cinq départements de la région. Médecine générale, chirurgie, pédiatrie, anesthésie, psychiatrie, anatomopathologie, cardiologie, gastro-entérologie, gynécologie et obstétrique, radiologie… Pas moins de vingt-trois spécialités étaient représentées. À ce stade du processus, cette opération est considérée comme un succès de prestige, tant pour l'engouement manifesté par les médecins libéraux que la satisfaction exprimée par les étudiants participants. Pour répondre à la forte demande, l'URML a même développé un site internet dédié qui doit faciliter la mise en relation entre les parties prenantes (https://decouverteliberale.urml-pays-delaloire.org). À noter : deux partenariats ont été initiés avec les facultés de médecine d'Angers et de Nantes pour intégrer des stages dans la formation initiale. Le premier a débuté, le second est en cours.

NB : ces mini-stages sont programmés sur une demi-journée, un jour ou deux jours. Ils sont proposés aux étudiants de la deuxième à la sixième année… sur leur temps libre et en dehors du cadre de la faculté de médecine. Les médecins libéraux bénévoles sont recrutés par l'URML.

ÎLE-DE-FRANCE

un bilan encourageant

Dans un communiqué publié mi-septembre, l'URPS ML d'Île-de-France dresse un bilan intermédiaire de son programme d'aide à l'investissement immobilier pour les cabinets de groupe. Selon le dernier pointage effectué, 342 projets en ont bénéficié pour un montant total de 45 millions d'euros. Lancé il y a six ans et renouvelé l'an dernier, ce protocole d'accord conclu avec l'ARS doit lever deux freins majeurs auxquels les médecins libéraux franciliens sont régulièrement confrontés : le coût croissant de la construction immobilière d'une structure d'exercice collectif et la capacité réduite de financement, dont la complexité est accentuée par le contexte inflationniste. Pour mémoire, ce partenariat permet aux porteurs de projets d'obtenir une subvention pour la construction, l'aménagement ou la mise aux normes de locaux. Ce soutien financier peut atteindre 40 % du montant de l'investissement sur deux postes clés : les acquisitions et les travaux. Plafonné à hauteur de 200 000 euros, il peut être majoré de 25 % si le cabinet se situe dans une zone d'intervention prioritaire ou dans une zone d'action complémentaire.

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

quatre nouvelles CPTS conventionnées

L'ARS AuRA et la CPAM du Rhône ont récemment signé un contrat d'objectifs et de financement avec quatre CPTS du département… qui compte désormais vingt structures conventionnées. Ces organisations couvriront une population totale de 212 745 habitants répartis sur deux arrondissements de la ville de Lyon et sept communes de l'agglomération lyonnaise, et regrouperont 309 professionnels de santé dont une centaine de médecins libéraux. Chacune d'entre elles a obtenu un financement de 15 000 euros de la part de l'ARS. Signataires de l'ACI, elles pourront également bénéficier d'un financement annuel de la CPAM locale qui pourra atteindre 362 500 euros en fonction des missions exercées. Outre une amélioration de la liaison ville-hôpital et le lancement de programmes spécifiques de prévention, notamment destinés aux enfants et aux personnes âgées, le renforcement de la prise en charge du diabète, de l'insuffisance cardiaque et de la santé mentale font partie des grandes priorités affichées dans les différents projets de santé.

La médicale
assure les professionnels de santé

LA MÉDICALE
assure près de
1 médecin sur 2* :
c'est rassurant !

MÉDECIN

Si la réussite est une question d'assurance, optez pour La Médicale

Votre **vie professionnelle** et votre **vie privée** méritent la meilleure des protections.

Votre agent général **se déplace à votre domicile** ou sur **votre lieu de travail** pour vous faire gagner un temps précieux.

Pour en savoir plus

N°Cristal 0 969 32 4000
APPEL NON SURTAXE

lamedicale.fr

* 45,4 % des médecins ont souscrit au moins un contrat d'assurance auprès de La Médicale au 31 décembre 2022.

La Médicale - Société anonyme au capital entièrement libéré de 14 091 576 € - Entreprise régie par le Code des assurances et inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 582 068 698 RCS Paris- Siège social : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75010 Paris.
Generali Vie - Société anonyme au capital de 336 872 976 € - Entreprise régie par le Code des assurances et inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 602 062 481 RCS Paris - Siège social : 2, rue Pillet-Will, 75009 Paris - Sociétés appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Photo : Getty Images

Grève : ne rien lâcher !

En dépit d'un affichage favorable sur les soins de ville – + 3,5 % d'ONDAM – les médecins maintiennent la pression et s'apprêtent à lancer une grève reconductible à partir du 13 octobre. Avec un double objectif : revoir les mesures coercitifs de la PPL Valletoux et garantir des moyens financiers suffisants pour une possible signature conventionnelle.

Le 13 octobre, les médecins libéraux sont appelés à la grève reconductible par l'ensemble des syndicats de médecins libéraux. Un mouvement initié mi-juin par quatre syndicats (SML, UFML-S, FMF et Avenir Spé-Le Bloc), et qui a été rejoint le 10 septembre par MG-France et le 18 septembre par la CSMF. Carton plein, donc, pour ce mouvement auquel adhère également le collectif Médecins pour demain, et qui témoigne de la détermination des représentants de la profession, à un moment-clé pour le calendrier social de la médecine de ville. D'abord, il y a l'opposition massive contre la PPL Valletoux, votée en première lecture à l'Assemblée Nationale le 15 juin et qui doit être examinée au Sénat d'ici la fin de l'année. Le calendrier n'était pas, fin septembre, encore connu, en raison des élections sénatoriales du 24 septembre. Les syndicats s'entendent pour rejeter les mesures coercitives contenus dans le texte adopté par les députés : l'inscription d'office des soignants *« sauf opposition »* aux communautés professionnelles territoriales de santé, l'obligation de communiquer à l'ARS et à l'Ordre un préavis au moins six mois avant un départ, sauf *« cas de force majeure »* prévus par décret, la participation des cliniques à la PDS-ES le soir et le week-end, avec l'éventualité de gardes effectuées par les libéraux au sein des établissements publics. S'il faut rappeler qu'à l'occasion du débat en juin, le Gouvernement et les députés de la majorité présidentielle ont pu contrer efficacement les offensives d'autres députés pour tenter de réguler l'installation, des mesures ont cependant été ajoutées par l'exécutif par amendement, comme l'extension à l'ensemble de la PDS, et donc à la PDS-A, l'obligation individuelle de garde et la possibilité de réquisition dans les hôpitaux par l'ARS.

LA CSMF SE JOINT AU MOUVEMENT

Dans un communiqué, la CSMF justifiait avec force sa décision prise à l'unanimité. *« En agissant ainsi aux côtés de tous les syndicats médicaux représentatifs mais aussi de toutes les composantes professionnelles médicales, de toutes générations, la CSMF agit en responsabilité pour défendre la santé des*

Français, expliquait son président, Franck Devulder. L'accès aux soins et leur santé sont au cœur de nos préoccupations. Il sera le premier sujet sociétal des 20 années à venir. Arrêtons de leur mentir. Nous manquons de médecins. Nous manquons de soignants. Et cela va durer. Alors, soyons inventifs, soyons créatifs. Investissons dans notre système de santé pour rendre attractifs nos métiers, pour réinventer le pacte social dont nous sommes si fiers, pour assurer à tous les Français la prise en charge qu'ils méritent pour les années à venir. Il en va de notre devise de liberté, d'égalité et de fraternité. »

DES MOYENS POUR LA CONVENTION

Second motif de mobilisation : la nécessité partagée par les syndicats d'obtenir des moyens conséquents, afin que la reprise des négociations conventionnelles puisse potentiellement aboutir à un accord. Là encore, la date du 13 octobre n'a pas été choisie au hasard : deux semaines après la présentation de l'avant-projet du PLFSS, deux semaines après le passage du C à 26,50 euros (le 1er novembre) dans le cadre du Règlement arbitral. Enfin, à la mi-octobre, le nouveau ministre de la Santé et de la Prévention, Aurélie Rousseau, aurait potentiellement dû adresser la lettre de cadrage à la CNAM pour orienter les débats autour de la convention. Début septembre, devant les Libéraux de Santé, il avait promis « des objectifs simplifiés » et une meilleure lisibilité du texte conventionnel, ajoutant que, pour lui, *« le C à 26,50 euros n'est qu'un passage et non un point d'arrivée ».* Des propos encourageants sur le papier, mais sans engagement financier précis. Or, le 27 septembre, la présentation de l'avant-projet du PLFSS semblait confirmer que le Gouvernement souhaite bouger les lignes. Avec un ONDAM de Ville à + 3,5 %, contre + 3,2 %, le différentiel joue, pour une fois, en faveur de la médecine libérale. Selon l'avant-projet, cela représente un surplus de 3,6 milliards d'euros. Un montant important, donc, mais qui doit être pondéré par plusieurs facteurs. D'abord, il tient compte d'un plan inédit d'économies en matière de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude (900 millions d'euros), avec des contraintes majorées pour les praticiens. Ensuite, l'enveloppe globale doit servir à rémunérer l'ensemble des professions sous convention. Or, en 2023, la CNAM se félicite d'avoir signé pas moins de sept accords, avec des revalorisations à la clé.

QUELLE ISSUE APRÈS LE PARLEMENT ?

Il faudra donc attendre les évolutions inévitables du PLFSS, les amendements et leur impact sur le texte final, les éventuelles intentions cachées de l'exécutif. En particulier, on notera, dans les prises de position des ministres concernés, comme du directeur général de la CNAM, Thomas Fatôme, l'avertissement répété sur la rénovation de la stratégie médicalisée. La proposition est au cœur de la mission Borne, dédiée au financement et à la régulation des produits de santé, qui a rendu sa copie début septembre. Les cinq experts évoquent sans détour leur « New Deal » : un effort sur les prix devra être compensée par une réduction des volumes consommés.

Autant dire que les médecins, en tant que premiers prescripteurs, seront la cible principale des mesures envisagées. Les plus anciens se souviendront : en 1997, les ordonnances Juppé avaient été « retoquées » sur le principe des reversements d'honoraires, et qui devaient initialement s'appliquer sur le montant annuel des prescriptions. Le Gouvernement entend-t-il ressusciter le vieux fantôme de la régulation comptable à base de stabilisateurs économiques ? Trop tôt pour le dire, mais le sujet devra être surveillé de près.

> Sans crier victoire, il s'agit de la première « bonne nouvelle » depuis bien longtemps,

MAINTENIR LA MOBILISATION

Dans tous les cas, la présentation du sous-ONDAM de Ville dès le 27 septembre (soit plus tôt que les années précédentes), est, sur le plan politique, limpide : le Gouvernement aurait voulu tenter de désamorcer la grève du 13 octobre qu'il ne s'y serait pas pris autrement. Un piège que les syndicats ont bien identifié, maintenant leur mot d'ordre. Dès le 28 septembre, Franck Devulder réagissait par communiqué au nom de la CSMF. *« Sans crier victoire, il s'agit de la première "bonne nouvelle" depuis bien longtemps,* expliquait-il Avec 300 millions de consultations effectuées chaque année, la médecine de ville est la porte d'entrée dans le système de santé pour nos concitoyens. Il était temps que cela se traduise par un rééquilibrage avec la médecine hospitalière. Notre système de santé marche sur deux jambes. Le déséquilibre entretenu depuis des années en défaveur de la médecine libérale ne peut aboutir qu'à sa disparition progressive. Si nous pouvons nous féliciter de cette annonce du Gouvernement, la CSMF demande l'ouverture de négociations conventionnelles avec les moyens nécessaires pour valoriser l'expertise médicale et l'engagement des médecins libéraux. Les prescriptions hospitalières, dont la dispensation est effectuée en ville, doivent être mises sur le sous ONDAM hospitalier. Dans le cas contraire, cette "bonne nouvelle" ne serait qu'un marché de dupe. Enfin, nous appelons à l'ouverture d'un espace de liberté tarifaire solvabilisé par les complémentaires pour tous les médecins. 3,5%, cela reste 2 points sous le niveau de l'inflation. L'OPTAM rénové pour tous n'est pas un programme politique. C'est en revanche une volonté de trouver une voie de passage ambitieuse, équilibrée, durable et respectueuse de notre contrat social. La médecine de ville a besoin d'un choc d'attractivité. Nous devons attirer nos jeunes confrères et garder les plus âgés. Il en va de l'accès aux soins des Français. »

PLFSS 2024 : l'essentiel à retenir

Présenté le 27 septembre, l'avant-projet de PLFSS sera soumis pour examen par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale à parti du 1er octobre, avant la séance plénière en première lecture à partir du 17 octobre.

Pour une fois, la présentation du PLFSS n'a pas tardé. Disponible dès sa présentation en Conseil des Ministres, et même « fuité » la veille, l'avant-projet dessine les contours des intentions de l'exécutif en matière de santé pour l'an prochain. Voici, en condensés, les principales informations à retenir.

- **ONDAM : + 3,2 %.** L'Ondam est rehaussé par rapport aux prévisions de l'an dernier, mais reste inférieur de deux points au rythme de l'inflation. Avec une surprise de taille : c'est l'une des rares fois où l'ONDAM de Ville (+ 3,5 %) est supérieur à l'ONDAM Hôpital. C'est 8 milliards d'euros en plus, dont 3,3 milliards pour l'hôpital et 3,6 milliards d'euros pour les soins de ville. Une bonne nouvelle sur le papier, mais il reste à savoir quelle sera la hiérarchie des investissements décidés au sommet de l'État.
- **Économies : 3,5 milliards d'euros.** L'ONDAM global configuré à + 3,2 % (alors que la tendance naturelle des dépenses est de 4,6 %) s'appuie sur un plan de 3,5 milliards d'euros d'économies. Comme chaque année, les produits de santé sont les plus touchés pour 1,3 milliard (dont un milliard de baisses de prix). Quelque 300 millions sont exigés des soins de ville – dont 200 millions sur la biologie et 100 millions sur les produits de contraste en radiologie. Environ 1,3 milliard d'euros serait récupéré sur des transferts de dépenses et de responsabilisation des assurés (ticket modérateur pour les soins dentaires). Enfin, 500 millions d'efforts d'investissement s'appliqueront à l'hôpital en matière d'efficience (achats, bon usage, optimisation des fonctions support, mutualisation).
- **Fraudes :** des sanctions renforcées. En cas de fraude, outre la récupération des indûs, tout professionnel de santé impliqué devra rembourser la part des cotisations payées par l'assurance-maladie dans le cadre des dispositifs conventionnels. Ce remboursement sera dû par le professionnel de santé dans les situations dans lesquelles la caisse aura prononcé à son encontre une sanction administrative (pénalité pour fraude), ou lorsqu'il aura été condamné au pénal.
- **Franchises :** toujours en débat. Annoncé cet été, le doublement des franchises par boîte de médicament (1 euro au lieu de 0,50) et de la franchise sur les consultations (2 euros au lieu d'1) ne figure finalement pas dans l'avant-projet. Mais le projet pourrait revenir durant le débat parlementaire.
- **Angine et cystite : la main aux pharmaciens**. Déjà annoncée par Élisabeth Borne, la délivrance directe d'antibiotiques contre les cystites et les angines par les pharmaciens, après la réalisation d'un Test rapide d'orientation diagnostique (Trod), est généralisée. Jusqu'à présent, seuls les pharmaciens

intégrés dans une organisation structurée (maison de santé, centre de santé et CPTS) pouvaient prendre en charge ces pathologies dans le cadre de protocoles interprofessionnels.

- **Santé publique : des annonces confirmées**. Le chapitre santé publique du PLFSS confirme des mesures déjà annoncées, tout en renvoyant les modalités de rémunération à des arrêtés futurs : c'est le cas pour les rendez-vous prévention à 25, 45 et 65 ans et la campagne de vaccination contre les HPV pour les élèves de 5e. Pour les moins de 26 ans, il entérine la gratuité des préservatifs et le remboursement des protections périodiques réutilisables. Enfin, il structure un service de repérage et d'orientation précoce pour toutes les situations de handicap.

Franck Devulder, président de la CSMF

« Ne baissons pas la garde »

La CSMF a décidé de rallier le mouvement de grève reconductible à partir du 13 octobre. Pourquoi cette décision ?

Parce la situation l'exige, alors que les signaux négatifs se sont multipliés depuis le début de l'été, entre les annonces de Bruno Lemaire sur les 15 milliards d'euros d'économies à générer, le ciblage public des dépenses de santé dans les discours des ministres, la constance d'une poignée de députés à imposer la coercition dans le champ de notre exercice professionnel. En cette rentrée, on prend les mêmes idées reçues… et on recommence ! Il n'échappera à personne que le 13 octobre, c'est avant l'examen de la PPL Valletoux au Sénat, c'est quelques jours avant le début de l'examen du PLFSS à l'Assemblée Nationale… La fenêtre de tir est stratégique, et nous devons êtres unis et forts, entre syndicats, même si nos revendications ne sont pas toutes alignées. Les organisations s'entendent sur un point-clé : c'est non pour l'obligation de garde individuel, c'est non pour l'effection des gardes des spécialistes du privé dans les hôpitaux publics, c'est non pour l'adhésion obligatoire à une CPTS, ou toute autre mesure visant à restreindre notre liberté d'exercice. Par ailleurs, il faut relancer au plus vite la négociation conventionnelle, garantir des marges financières pour espérer un accord.

> Notre Pacte Social date de plus de 80 ans et nous devons le renouveler. Le monde a changé. En deux générations, la population mondiale a doublé, celle de la France est passée de 55 à 68 millions d'habitants. En trois générations, notre espérance de vie a gagné 20 ans.

La présentation du PLFSS le 27 septembre – du moins la version initiale avant amendements – semble favorable à la médecine de ville, avec un ONDAM supérieur à celui de l'hôpital. Cela peut-il remettre en cause l'appel à la grève ?

Certainement pas. Plus que jamais, nous devons nous mobiliser, faire connaître à l'opinion nos doléances, peser dans le débat pour une évolution favorable du travail législatif, obtenir le « nettoyage » de la PPL Valletoux et forcer la tenue rapide de la discussion conventionnelle. Le chiffre de + 3,5 % pour la Ville, contre + 3,2 % pour l'hôpital, est *a priori* favorable… encore faudra-t-il voir si cela se traduira par la hausse de la valeur des actes. Nous le disons et nous le redisons, il ne pourra y avoir de signature de la CSMF sans un acte de base à 30 euros au minimum, ni hiérarchisation des actes pour valoriser les consultations complexes. Il faudra, par ailleurs, porter une grande attention aux autres mesures du PLFSS, en particulier sur le renforcement de la maîtrise médicalisée. Nous serons notamment vigilants sur le report du poids des prescriptions hospitalières sur le budget de la Ville. Il n'est pas question que l'on nous reprenne d'une main ce que l'on nous octroie de l'autre ! Attention également au contrôle des arrêts de travail, où les pouvoirs publics ne cessent de reporter la responsabilité sur les médecins de ville, alors que l'explosion des IJ est d'abord le reflet de la souffrance au travail. Pour toutes ces raisons, nous ne devons pas baisser la garde.

La CSMF porte une idée nouvelle, avec la généralisation de l'OPTAM. Pourquoi aller dans cette direction ?

Notre Pacte Social date de plus de 80 ans et nous devons le renouveler. Le monde a changé. En deux générations, la population mondiale a doublé, celle de la France est passée de 55 à 68 millions d'habitants. En trois générations, notre espérance de vie a gagné 20 ans. Le nombre de patients atteints de maladie chronique a fortement augmenté, modifiant en profondeur le métier de médecin. Aucun pays au monde n'a pris la mesure de ces transitions démographiques et épidémiologiques. Aujourd'hui, nous sommes face à une situation inconnue. Comment gérer une augmentation de la demande légitime de soins avec moins de médecins et des finances publiques accusant un déficit de 3 000 milliards d'euros. Pour nous, la solution se trouve dans un espace de liberté tarifaire solvabilisé par l'assurance-maladie et les complémentaires santé. Accessible à tous les médecins, il doit être rénové pour prendre en compte les effets de l'inflation et l'évolution de l'ONDAM. Il faut protéger les plus faibles et donner un nouvel élan à la médecine libérale. À défaut d'un choc d'attractivité, elle risque de mourir à petit feu, sans relève pour reprendre nos cabinets et garantir l'accès aux soins à tous les patients.

Bruno Perrouty, président des Spécialistes-CSMF

« Il faut faire pression pour changer le cours des événements »

Quels sont, selon vous, les motifs de mécontentement des spécialistes libéraux qui justifient une forte mobilisation à partir du 13 octobre ?

Les mois passent, les ministres et leurs équipes se succèdent, mais rien ne bouge au sommet de l'État, si ce n'est quelques promesses qui n'engagent que ceux qui les prennent pour argent comptant. Depuis la sortie du Covid, les initiatives des parlementaires pour tenter de restreindre l'indépendance et la liberté d'exercice des médecins libéraux reviennent incessamment sur la place publique. Et la PPL Valletoux en est le dernier avatar, avec l'idée d'imposer la PDS à titre individuel et d'obliger les praticiens à effectuer leurs tours de garde à l'hôpital public. C'est inconcevable, irrespectueux et potentiellement inefficace, car la contrainte ne marchera pas. Il est essentiel que les spécialistes libéraux se mobilisent massivement et se fassent entendre, avant l'examen de la proposition de loi au Sénat. L'opinion publique doit être prise à parti : veut-on encore aggraver l'accès aux soins dans les territoires, en désavantageant le secteur hospitalier privé, en augmentant les facteurs de perte d'attractivité des spécialités libérales, en incitant les plus âgés à accélérer leur départ à la retraite ? C'est ce qui peut se passer dans un certain nombre de territoires, sans que les pouvoirs publics semblent réellement s'en préoccuper. Plus nous serons mobilisés, plus nous pèserons sur la lecture au Sénat, plus le Gouvernement sera attentif à « contrer » les amendements coercitifs… y compris ceux qu'il pourrait envisager d'intégrer au texte final !

> **Il est essentiel que les spécialistes libéraux se mobilisent massivement et se fassent entendre, avant l'examen de la proposition de loi au Sénat. L'opinion publique doit être prise à parti : veut-on encore aggraver l'accès aux soins dans les territoires, en désavantageant le secteur hospitalier privé, en augmentant les facteurs de perte d'attractivité des spécialités libérales, en incitant les plus âgés à accélérer leur départ à la retraite ?**

L'autre motif majeur, bien sûr, c'est l'appel à des moyens financiers à la hauteur des enjeux posés par la future négociation conventionnelle…

En effet, et le ministre de la Santé et de la Prévention, lorsque nous l'avons rencontré fin août, nous a confirmé sa ferme intention de relancer au plus vite la négociation, de proposer une « simplification » des objectifs posés par la lettre de cadrage et de réunir les conditions pour la signature d'un accord. Sur le papier, donc, c'est bien… sauf qu'il ne s'était bien sûr pas prononcé sur le montant des enveloppes. Et, à l'heure où je vous parle (le 27 septembre, NDLR), il n'y a pas de calendrier proposé pour la reprise des négociations. Le président de la République avait pourtant parlé cet été de la santé comme l'une des trois priorités de la seconde partie du quinquennat… il reste donc à passer aux actes ! Je rappelle que l'hôpital a bénéficié fin août d'une nouvelle rallonge d'un milliard d'euros. Qu'en sera-t-il pour les soins de ville ? C'est d'autant plus inéquitable que l'IGAS a récemment pointé la nécessité de mieux organiser l'offre de soins hospitaliers sur certains territoires : elle a ainsi pu constater que des offres concurrentielles persistaient encore entre établissements, parfois à moins d'une demi-heure de distance. Certes, la présentation du PLFSS annonce – et c'est un progrès – un différentiel en faveur des soins de ville (+ 3,5 % contre + 3,2 % pour l'hôpital). C'est cependant deux points en-dessous de l'inflation. Et tout dépendra de la répartition de ces nouveaux moyens, de leur mise en œuvre effective dans un contexte de retour en force des objectifs de maîtrise médicalisée, et des dispositifs que la CNAM voudra mettre en place en échange de nécessaires revalorisations des actes. Cet ONDAM peut laisser espérer une négociation conventionnelle sous de meilleurs auspices, surtout si la confiance revient et que les syndicats sont écoutés. Mais chacun devra faire preuve d'un réel sens des responsabilités pour favoriser l'accès aux soins.

Face à des investissements nécessairement contraints par le contexte financier, la CSMF appelle à une généralisation de l'OPTAM de Ville. Comment imaginez-vous un tel dispositif ?

C'est encore un peu tôt pour entrer dans les détails. Mais le postulat est posé : puisque l'état de la dépense publique ne permet pas d'investir à la hauteur des besoins en médecine de ville, il faut réactiver le contrat social en passant par d'autres voies de solvabilisation de l'expertise médicale. La généralisation de l'OPTAM de Ville, sur des bases unifiées et en échange d'engagements clairs des praticiens en termes de qualité et de pertinence, renforcerait le rôle des complémentaires santé en tant que garants de filières d'excellence pour les patients. Il faut un dispositif simple, lisible, garantissant une part d'honoraires opposables et une part de dépassements maîtrisés, et respectant la prise en charge solidaire des Français les moins favorisés Tout le monde peut y gagner et en premier lieu les patients les plus éloignés de l'offre de soins spécialisée.

Luc Duquesnel, président des Généralistes-CSMF

« Fermer son cabinet pour ne pas mourir à petit feu »

Vous appelez les généralistes à répondre au mot d'ordre de la grève reconductible à partir du 13 octobre. En quoi est-ce important de se mobiliser ?

Si nous ne sommes pas à l'origine de la grève, qui au départ ne concernait pas vraiment les généralistes avec les seules mesures portées par la PPL Valletoux, un amendement du Gouvernement nous a mis en alerte. Il proposait d'étendre à l'ensemble de la PDS, et donc à la PDS-A, l'obligation individuelle de garde et la possibilité de réquisition par l'ARS pour faire des gardes à l'hôpital. Qui peut imaginer que les généralistes, qui s'organisent avec succès dans les territoires pour répondre à 95 % aux besoins de la PDS-A, accepteront d'être taillables et corvéables à ce point ? Faut-il rappeler nos semaines de travail à plus de 55 heures, l'impossibilité pour nous de récupérer au lendemain des gardes ? Qui peut croire que de telles mesures ne renforceront pas la perte d'attractivité du métier auprès des jeunes générations ? De fait, depuis des années, nous assistons impuissants au délitement du système de santé, à l'hôpital comme en ville, à force d'investissements insuffisants, de surrèglementation qui accroît les contraintes d'exercice, de pressions incessantes sur nos prescriptions d'indemnité journalières, de délégations d'actes sans concertation qui s'avèrent être des transferts de compétences, et qui préparent une médecine à deux vitesses pour les patients. Les mesures se succèdent, qui sont autant de sparadraps sur des plaies béantes. Alors, non, nous ne devons plus nous laisser faire. Le Gouvernement doit mettre des moyens suffisants pour permettre une signature rapide de la convention, redonner des perspectives d'avenir à notre métier, favoriser notre investissement en faveur d'organisations innovantes.

“ De fait, depuis des années, nous assistons impuissants au délitement du système de santé, à l'hôpital comme en ville, à force d'investissements insuffisants, de surrèglementation qui accroît les contraintes d'exercice, de pressions incessantes sur nos prescriptions d'indemnité journalières, de délégations d'actes sans concertation qui s'avèrent être des transferts de compétences, et qui préparent une médecine à deux vitesses pour les patients. Les mesures se succèdent, qui sont autant de sparadraps sur des plaies béantes.

Comment, concrètement, les médecins peuvent-ils s'organiser pour participer au mouvement ?

Nous conseillons aux confrères de déprogrammer leurs rendez-vous en faisant figurer le mot « Grève » sur leurs agendas en ligne. C'est un moyen simple et efficace pour informer les patients, faire parler de notre mouvement et sensibiliser l'opinion sur le refus des pouvoirs publics de soutenir l'accès aux soins. Nous recommandons également de se mettre en grève de la participation aux SAS, ainsi qu'à la PDSA à partir du 13 octobre, y compris pour les week-ends. C'est important, cela démontrera à quel point nous sommes essentiels pour répondre à la aux demandes de soins des Français, à quel point nous nous organisons pour être présents pour la population. Seule la grève des gardes de PDSA nécessite de prévenir l'ordre et l'ARS. En cas de réquisitions, les médecins ne peuvent s'y soustraire que dans certaines hypothèses dont ils devront justifier auprès des autorités compétentes (Préfet, CDOM). Seule une inaptitude physique justifiée et constatée peut justifier un refus de déférer à la réquisition. On peut retrouver des informations plus détaillées sur notre site, www.lesgeneralistes-csmf.fr

Quelles revendications porterez-vous en cas de reprise des négociations conventionnelles ?

Elles n'ont pas varié pour l'essentiel depuis l'échec du printemps dernier, avec néanmoins quelques évolutions. La revalorisation de l'acte de base à 30 euros minimum reste non négociable, de même que la hiérarchisation des consultations pour reconnaître la valeur des actes complexes, c'est-à-dire l'expertise du médecin de famille. Nous pensons par ailleurs qu'il faut rémunérer l'effort de ces médecins pour améliorer l'accès aux soins, en augmentant le forfait médecin traitant. Ceux qui s'investissent dans la PDSA, le SAS, mais aussi les dispositifs innovants (assistants médicaux, IPA, CPTS, MSP...) doivent également être reconnus et valorisés. Enfin, et puisque l'état des finances publiques ne permet pas d'augmenter l'ONDAM de ville au niveau des besoins, nous considérons, à la CSMF, que l'OPTAM pour tous, qu'il faut revisiter est la seule porte de sortie possible. À défaut d'un choc de compétitivité, la perte d'attractivité de nos métiers va s'aggraver, avec un accroissement des difficultés d'accès aux soins.

Julie Paolantonacci
Principal, Real-World Solutions, en charge des activités Conseil en stratégie d'accès, affaires publiques et politiques de santé

Biosimilaires en France : renforcer les incitations pour favoriser leur développement

Le laboratoire Sandoz a contribué à la réalisation d'une étude, menée par IQVIA France, sur les mesures d'incitation à l'usage des médicaments biosimilaires en France. Un dispositif efficace, mais qui doit être renforcé pour générer davantage d'économies au bénéfice de notre système de santé. Le point avec Julie Paolantonacci, Principal Real World Solutions chez IQVIA France (*).

IQVIA FRANCE A RÉALISÉ, EN AVRIL 2023, UN RAPPORT SUR LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES, AVEC LE SOUTIEN DU LABORATOIRE SANDOZ ET UN COLLECTIF D'EXPERTS. QUELS EN ÉTAIENT LES OBJECTIFS ?

Intitulé « Mesures d'incitations à l'usage des médicaments biosimilaires en France et en Europe – Analyse, Bilan et Perspectives », ce rapport vise, comme son titre l'indique, à évaluer l'impact des divers dispositifs d'incitation à la prescription de biosimilaires déployés au sein de cinq pays : la France, bien sûr, mais également le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Irlande et l'Espagne. Je rappelle que les biosimilaires sont des médicaments obtenus par un procédé biotechnologique similaire à celui des médicaments biologiques existants, appelés médicament bioréférent, dont le brevet est tombé dans le domaine public. À l'heure où les tensions s'accumulent en termes de soutenabilité financière des dépenses de santé, ces produits sont devenus, en dix ans, un levier majeur pour dégager des économies. Ils représentent 35 % des dépenses pharmaceutiques en Europe, avec un taux de croissance annuel de 11,3 %, soit deux fois plus que l'ensemble du marché pharmaceutique européen (+ 6,3 %). En moyenne, les prix de ces médicaments sont de 15 à 30 % inférieurs aux médicaments de référence. Chez IQVIA, nous avons estimé à 2,37 milliards d'euros le montant total des économies générées en France par les médicaments biosimilaires entre 2012 et 2022 : 33 % de ces économies proviennent directement de l'effet prix et 67 % de l'usage de biosimilaires. Dans son rapport Charges et Produits de juillet 2022, la CNAM évalue à « 100 millions d'euros par an, dont 40 millions d'euros mobilisables en 2022 et 2023 » le potentiel de réduction du budget annuel des médicaments grâce aux médicaments biosimilaires. Cependant, ces ambitions dépendent des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics pour atteindre l'objectif fixé par la Stratégie nationale de santé en 2018-2022 : atteindre 80 % de pénétration des médi-caments biosimilaires sur leur marché de référence d'ici 2022.

QUELS DISPOSITIFS ONT ÉTÉ DÉPLOYÉS EN FRANCE, AVEC QUELS RÉSULTATS ACTUELLEMENT ?

Différentes mesures incitatives ont été mises en place, à l'hôpital en particulier : l'Écart Médicament Indemnisable (EMI), le Contrat d'Amélioration à la Qualité de l'Efficience des Soins (CAQES), l'expérimentation – article 51 – pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires délivrés en ville, et, pour la médecine libérale, l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. L'avenant n° 9 prévoit un intéressement des médecins prescripteurs, basé sur le nombre de patients mis sous médicament biosimilaire pendant au moins trois mois, et un partage de l'économie de 20 à 30 % qui reviennent au praticien, le solde allant à l'assurance-maladie. Preuve de l'adhésion des professionnels, on observe une rupture de courbe sur le taux de pénétration de l'Etanercept, passé de 35 % à 50 % entre janvier 2022, date de mise en place de cet intéressement, et septembre 2022. Au vu des résultats, ces dispositifs fonctionnent de façon incontestable. À l'hôpital, le taux de pénétration de 80 % des médicaments biosimilaires a été atteint dès 2021. En ville, le taux de pénétration est de 31 % en 2021 et la dynamique est encourageante.

QU'OBSERVEZ-VOUS DE NOTABLE DANS LES PAYS EUROPÉENS COMPARABLES, ET PEUT-ON S'EN INSPIRER EN FRANCE ?

Les mécanismes diffèrent selon les pays, en raison des spécificités des systèmes de santé, avec des systèmes et des incitations parfois plus coercitifs et d'autres plus incitatifs. Cependant

ces mesures partagent le même esprit : il s'agit de motiver un changement de pratique par le partage de la valeur entre le payeur et l'acteur de soins. Sans détailler les mécanismes par pays, nous avons été frappés par le modèle irlandais, qui se distingue par son extrême simplicité concernant le groupe biologique similaires de l'Etanercept, du fait du prix du médicament et de la chronicité de la pathologie : 500 euros sont versés au département clinique concerné pour chaque patient initié ou passé d'un médicament bioréférent à un médicament biosimilaire tout en étant porteur d'économies pour le système.

Pour résumer, les enseignements à tirer sont de plusieurs natures. D'abord, ces dispositifs doivent être adaptés aux systèmes de santé. Ils doivent respecter et encourager la décision médicale partagée, être coconstruits entre payeurs et prescripteurs, afin de favoriser l'adhésion. Il faut également tenir compte des spécificités de prescription, de délivrance des médicaments et de circuit de prise en charge des patients propres à chaque pays. Enfin, ils doivent être connus, explicités, suivis, encouragés par l'ensemble des parties (prescripteurs, directions, hospitalières, professionnels de santé et patients).

LES RÉSULTATS SONT DONC SATISFAISANTS, MAIS VOUS ESTIMEZ QU'IL EST POSSIBLE D'ALLER PLUS LOIN ? ET COMMENT ?

En effet, en France, derrière ces chiffres globaux, la situation est plus contrastée que dans le reste de l'Europe. Les taux de pénétration sont très variables selon les groupes biologiques similaires. Et si la prescription de médicaments biosimilaires pour les patients en initiation de traitement pose peu de problème, le "switch" vers le médicament biosimilaire pour les patients déjà traités par le médicament bioréférent reste plus complexe. L'objectif des 80% de taux de pénétration n'est pas encore atteint pour l'ensemble des groupes biologiques similaires. Pour y parvenir, nous estimons qu'il faut poursuivre et intensifier les mécanismes d'incitation, en veillant à leur simplicité et lisibilité. Ces incitations devraient particulièrement adresser les situations de patients traités par les médicaments bioréférents, ou encore les nouveaux groupes biologiques similaires où un accompagnement de l'ensemble des acteurs sera nécessaire pour les informer et les rassurer. Le financement de programmes d'éducation thérapeutique, grâce aux économies dégagées à l'hôpital, semble être un levier efficace pour favoriser l'acceptation des médicaments biosimilaires.

(*) Le rapport a été réalisé par les équipes d'IQVIA France, en collaboration avec le Pr Isabelle Durand-Zaleski (professeur de médecine en santé publique et Docteur en économie) et le Pr Thierry Thomas (PU-PH, spécialité rhumatologie). Il s'appuie sur une analyse de la littérature complétée par la génération de données à partir des bases IQVIA. Le Pr Pascal Paubel, Pharmacien, PU-PH, membre de l'Institut Droit et Santé (Université de Paris) a pu être entendu à l'occasion de ces travaux.

IQVIA SANDOZ

Rendez-vous de prévention :

top départ !

À compter du 1er octobre, les 45-50 ans pourront bénéficier d'un rendez-vous de prévention intégralement pris en charge par la Sécurité sociale… sans avance de frais. Les volontaires seront accueillis par un médecin, une sage-femme, un infirmier ou un pharmacien, pour évoquer des problématiques spécifiques, comme l'alimentation, l'activité physique, la santé sexuelle et les addictions. Chaque sujet sera abordé en tenant compte de l'âge de la personne, mais aussi de sa santé mentale et de sa situation personnelle. Un point sur la vaccination et le dépistage des cancers sera également effectué. Contactés par l'assurance maladie, les assurés concernés devront préalablement remplir un questionnaire dédié pour préparer ce bilan de santé complet, qui doit durer entre trente et quarante-cinq minutes. Institués par la LFSS 2023, ces rendez-vous de prévention devraient être élargis à deux autres âges clefs de la vie, soit autour de 20 et de 60 ans, dès l'année prochaine. Les Français les plus éloignés du système de santé et/ou en situation de précarité sont les premières cibles de ce nouveau dispositif de santé publique.

NB : les rendez-vous de prévention seront facturés trente euros. Un tarif imposé par les tutelles en dehors du champ conventionnel.

Cancers précoces :

un phénomène préoccupant

Selon les résultats d'une vaste étude publiée mi-septembre dans le *BMJ Oncology*, les cas de cancer chez les 14-49 ans ont bondi de 79 % entre 1990 et 2019. Moins important, le taux de mortalité observé durant cette période augmente tout de même de 27,7 %. Caractéristiques notables : le cancer du sein a été le plus fréquemment diagnostiqué au cours des trois dernières décennies, mais ceux du nasopharynx et de la prostate ont connu la progression la plus rapide. Parmi les cancers les plus mortels figurent ceux du sein, de la trachée, du poumon, de l'intestin et de l'estomac. Outre la mauvaise alimentation, le tabagisme et la consommation d'alcool, qui sont considérés comme les trois principaux facteurs de risque sous-jacents, les aspects génétiques, la sédentarité et l'obésité contribueraient également à cette croissance brutale des cancers précoces, dont les causes exactes ne sont pas clairement établies. Autre fait marquant : la tendance serait durable. Selon une modélisation effectuée par les chercheurs, le nombre de cas de cancer dans cette tranche d'âge devrait encore progresser de 31 % d'ici à 2030… principalement chez les 40-49 ans.

NB : 3,26 millions de cancers précoces ont été diagnostiqués chez les 14-49 ans en 2019, contre 1,82 million en 1990.

Démographie médicale :

aucune amélioration avant… 2032

Le diagnostic de la Drees est posé : la démographie médicale va stagner durant les quatre prochaines années et augmentera progressivement pour atteindre son pic en 2050. Dans un contexte marqué par la hausse et le vieillissement de la population, qui vont provoquer un accroissement mécanique des besoins, la densité médicale standardisée ne progressera pas avant 2032. Les effectifs médicaux connaîtront ensuite une croissance annuelle moyenne de 1,7 %. Précision notable : ces projections démographiques reposent sur une hypothèse centrale de comportements et de législation constants… et sur un effectif de professionnels de moins de soixante-dix ans en activité. Dans l'immédiat, il faudra se contenter des ressources disponibles. Au 1er janvier 2023, la Drees comptabilisait 230 143 médecins, soit 100 417 libéraux exclusifs, 72 976 salariés hospitaliers, 27 710 mixtes et 29 040 autres salariés. Outre la montée en puissance de l'exercice mixte, ce recensement confirme une autre tendance lourde : la baisse du nombre de généralistes (99 457 ; – 500 *vs* 2022) et la hausse du nombre de spécialistes (130 686 ; + 1 300 *vs* 2022).

NB : la densité médicale standardisée sera supérieure de 31 % à la densité actuelle en 2050.

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

Cumul emploi-retraite : les dernières évolutions législatives

La LFSS 2023 et la loi retraite ont introduit plusieurs nouveautés qui concernent directement les médecins libéraux ayant opté pour le Cumul Emploi-Retraite (CER). Certains textes n'ont pas encore été publiés, mais deux points saillants méritent une attention particulière.

UNE EXONÉRATION DES COTISATIONS CARMF EN 2023

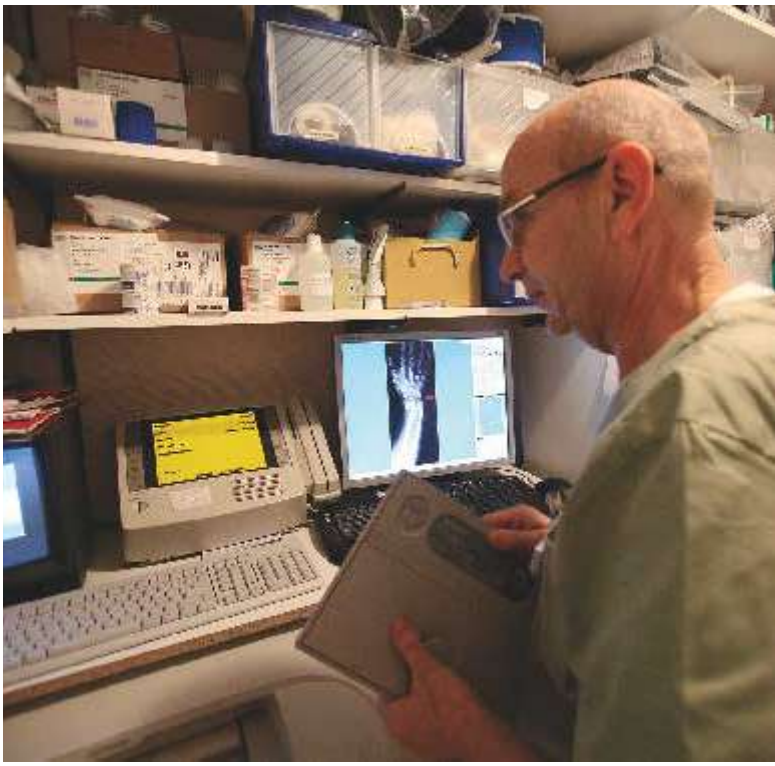
Introduite par la LFSS 2023, la mesure a été précisée par un décret publié en juin dernier. Pour bénéficier de cette exonération, le montant du plafond de revenus annuels ne doit pas dépasser 80 000 euros. Cette disposition sera rétroactive à compter du 1er janvier 2023. L'éligibilité sera fondée, suivant le cas, sur les revenus 2021, 2022 ou sur une estimation (à fournir) de votre BNC 2023. La CARMF devait automatiquement procéder, en septembre, à la régularisation de votre dossier et au remboursement des sommes déjà versées à ce titre. Sans retour de sa part, il est conseillé, si vous ne dépassez pas le plafond, de la contacter courant octobre. Le Syndicat National des Médecins Concernés par la Retraite (SN-MCR) demande désormais la compensation de cette mesure vis-à-vis des régimes complémentaire CARMF et ASV, comme elle l'est en régime de base.

UNE ACQUISITION DE DROITS

La réforme des retraites prévoit la création de droits en CER. Cette disposition concerne uniquement le régime de base, sous condition d'une liquidation à taux plein soit par l'âge, autrement dit soixante-sept ans, soit par le nombre légal de trimestres validés, variable suivant la génération. À noter : la seconde pension bénéficiera du taux plein sans décote ni surcote. Aucune majoration ni aucun supplément ne pourra être obtenu au titre de cette pension, qui a été plafonnée par décret à 5 % du PASS*, soit environ 2 200 euros en 2023. Après liquidation de cette pension, aucun droit ne pourra être constitué en cas de reprise d'activité. Il convient désormais d'apprécier la position de la CARMF pour le régime complémentaire et de demander l'application de ce dispositif pour l'ASV.

UN INTÉRÊT PRÉSERVÉ

Le législateur n'a pas remis en cause les fondements ni la philosophie générale du dispositif. Pour bénéficier d'un cumul intégral, il faut avoir l'âge légal de départ en retraite, avoir liquidé toutes ses retraites et avoir atteint un taux plein en régime de base. Dans le cas contraire, vous exercerez en cumul limité. Vos revenus (pensions + activité) seront limités



à un PASS*... sans acquisition de droits en régime de base. Les sommes perçues au-delà de ce plafond seront retirées de votre pension. La plupart du temps, la phase de cumul emploi-retraite dure entre quatre et cinq ans. L'âge moyen des médecins en cumul est de 72 ans.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Le cumul emploi-retraite présente un intérêt majeur pour les médecins libéraux qui souhaitent progressivement réduire leur activité, et ainsi éviter une interruption brutale souvent mal vécue. Le passage au CER doit néanmoins être mûrement réfléchi et rigoureusement préparé. Pour bénéficier pleinement des avantages fiscaux de ce dispositif, un équilibre doit être trouvé entre les revenus de l'activité et les revenus de la pension de retraite. Le poids des charges doit impérativement être considéré dans ce calcul savant.

NB : rendez-vous sur le site du SN-MCR pour des informations plus détaillées sur les réformes en cours.
(*) Le plafond annuel de la Sécurité sociale ou PASS est fixé à 43 992 euros en 2023.

Health Data Hub : le guichet unique des données de santé

Le HDH est une plate-forme technologique qui permet de garantir un accès simplifié, unifié et sécurisé aux données de santé du SNDS. Chercheurs ou entrepreneurs, les médecins libéraux peuvent participer aux travaux visant à améliorer la qualité des soins et l'accompagnement des patients.

UN GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC

Le HDH est un groupement d'intérêt public qui associe cinquante-six parties prenantes, en grande majorité issues de la puissance publique, comme la CNAM, le CNRS, la HAS ou encore France Assos Santé. C'est aussi et surtout une plate-forme technologique qui permet de garantir un accès simplifié, unifié et sécurisé aux données de santé du SNDS pour des projets innovants qui servent l'intérêt général… dans le respect de la réglementation et des droits des citoyens. Ce service s'adresse principalement aux chercheurs et aux entrepreneurs, dont les médecins libéraux peuvent faire partie, mais aussi aux chargés d'études et aux responsables de données. Créé par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le HDH a été officiellement installé en novembre 2019. Dirigé par Stéphanie Combes, cette hyperstructure soutient de nombreux travaux visant à améliorer la qualité des soins et l'accompagnement des patients.

SIX GRANDES MISSIONS

Selon la volonté du législateur, le *Health Data Hub* exerce six grandes missions : réunir, organiser et mettre à disposition des données, notamment issues du SNDS, et promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé ; informer les patients, promouvoir et faciliter l'exercice de leurs droits ; contribuer à l'élaboration des référentiels de la CNIL ; faciliter la mise à disposition de jeux de données de santé présentant un faible risque d'impact sur la vie privée ; contribuer à diffuser les normes de standardisation pour l'échange et l'exploitation des données de santé ; accompagner, notamment financièrement, les porteurs de projets sélectionnés dans le cadre d'appels à projets lancés à son initiative et les producteurs de données associés aux projets retenus. À titre d'exemple, le HDH a récemment lancé un AP national sur les entrepôts de données de santé hospitaliers, en lien avec le ministère de la Santé.

UN INTÉRÊT MÉDICAL AVÉRÉ

Guichet unique pour les demandes d'accès aux données du SNDS, le *Health Data Hub* propose différents services pour faciliter leur prise en main et leur utilisation en mode projet, comme des formations et des kits pédagogiques ou un accompagnement personnalisé, y compris sur le plan technique et financier. Gagner du temps médical, améliorer le dépistage et réduire les délais de diagnostic, proposer aux patients les meilleurs traitements sur le long cours, appuyer le professionnel de santé dans un contexte clinique qui se complexifie… Tels sont quelques-uns des cas d'usage qui concernent directement les médecins libéraux. Garantie éthique et déontologique majeure : l'ouverture et le partage des données ne compromettent en rien le secret médical. Individuelles ou agrégées, elles sont systématiquement anonymisées, sans la moindre possibilité de ré-identification.

LE CHIFFRE-CLÉ

80

C'est le nombre de projets accompagnés par le *Health Data Hub*, selon les données publiées dans son « Rapport annuel 2022 ».

LE FAIT MARQUANT

Une stratégie plus offensive

Dans le cadre de sa nouvelle feuille de route triennale, le *Health Data Hub* déploie une stratégie plus offensive qui repose sur quatre grands piliers : réduire les délais d'accès aux données de santé et multiplier les projets impactants ; mettre à disposition les données de la base principale, l'enrichir et faciliter sa réutilisation ; renforcer les connexions du HDH aux acteurs de l'écosystème ; être à l'écoute de la société civile et co-construire une culture de la donnée de santé. Ce second plan d'action comporte des objectifs chiffrés sur la période 2023-2025. Parmi d'autres indicateurs de performance, le *Health Data Hub* entend notamment accentuer le nombre de projets utilisant sa plate-forme, soit environ 200 par an dès 2024.

à Déguster

LA ROSA

Septembre 2023 marquait le 10e anniversaire du restaurant tenu de main de maître par le Chef Emiliano Marzini, originaire de Livourne (Toscane). Être passé par plusieurs grandes maisons transalpines n'empêche pas notre hôte de conserver une simplicité et une générosité très appréciables… donc recommandables. Mais encore un italien à Paris nous direz-vous ? Mais où dans le 17e ? À l'angle des rues Héliopolis et Guillaume Tell, à l'abri des travaux de la porte de Champerret et de l'agitation de la place Péreire, ce repère bien planqué des amateurs d'assiettes d'antipasti, de fritto misto de la mer (poulpes, crevettes), de linguine alle vongole, de pappardelle champignons crème de truffe noire ou encore de picata de veau au limoncello régale discrètement une clientèle d'affaires et les familles du quartier. Ces chanceux se répartissent entre les deux petites salles tendance bistro rustique et familial et quand les beaux jours pointent leur nez, c'est sur le trottoir bien exposé de ce quartier calme que l'assiette et les verres se consomment.

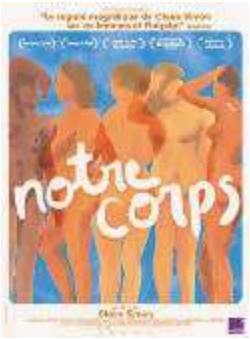
Ouvert toute la semaine sauf le samedi midi et le dimanche – 23 rue Guillaume Tell, 75017 Paris, Tél. 01 42 67 12 67.

à Visionner

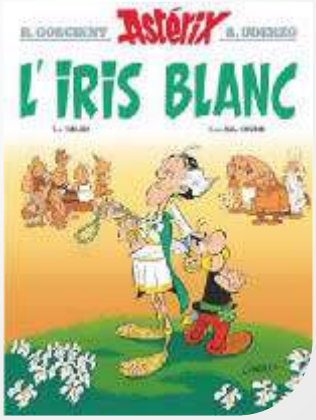
NOTRE CORPS

EN SALLE LE 4 OCTOBRE.

Après le spectaculaire *De humani corporis fabrica*, un film sorti en janvier 2023 et présentant le corps humain à l'hôpital comme un paysage inouï, voici un autre film sur les soignants. Ici, on parle du « care », des patients, de leur prise en charge, réalisé par Claire Simon *(Les Bureaux de Dieu, Récréations, Gare du Nord…)*. Reprenant le chemin du documentaire, elle dit avoir voulu filmer le corps des femmes dans un service hospitalier qui englobe tout ce qu'elles traversent au cours d'une vie : de la grossesse à la maladie, du désir d'enfant à l'avortement, de la jeunesse à la mort. Le propos peut rebuter mais son film respire l'empathie, la soif de soigner et d'accompagner. Tourné dans plusieurs établissements de l'AP-HP, il montre ce que l'on ne voit jamais, que ce soit des actes techniques ou le secret des consultations : le processus de la PMA – et les gestes des laborantins pour mettre un spermatozoïde dans un ovocyte et un embryon dans un utérus devant un couple qui se tient la main –, les doutes d'une adolescente en pleine transition, une réunion collégiale d'oncologues… Inutile d'en dire plus, il faut prendre le temps (il dure 2 h 48) de se plonger dans ce document(aire) précieux comme la vie.



à Lire



ASTÉRIX L'Iris Blanc

Avis aux amateurs du petit Gaulois moustachu, courageux et teigneux : il est de retour pour sa 40e aventure, toujours avec ses inséparables Obélix et Idéfix. Cette fois, notre héros part sur les traces de l'Iris Blanc, une fleur rare à la floraison unique en cœur de forêt. « L'Iris blanc est le nom d'une nouvelle école de pensée positive, venue de Rome qui commence à se propager dans les grandes villes, de Rome à Lutèce. César décide que cette méthode peut avoir un effet bénéfique sur les camps qui se trouvent autour du célèbre village gaulois. Mais les préceptes de cette école exercent aussi une influence sur les villageois qui croisent son chemin… Qu'est-il arrivé à notre chef Gaulois préféré et pourquoi cette mine renfrognée ? » C'est, en descriptif de la couverture, tout ce que nous révèle le « pitch » de l'éditeur… Pas suffisant pour les uns, empli de mystères pour les autres… à découvrir, donc, le 26 octobre en librairie. En espérant que cet album fasse oublier le précédent opus cinématographique.

ASSUMED

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

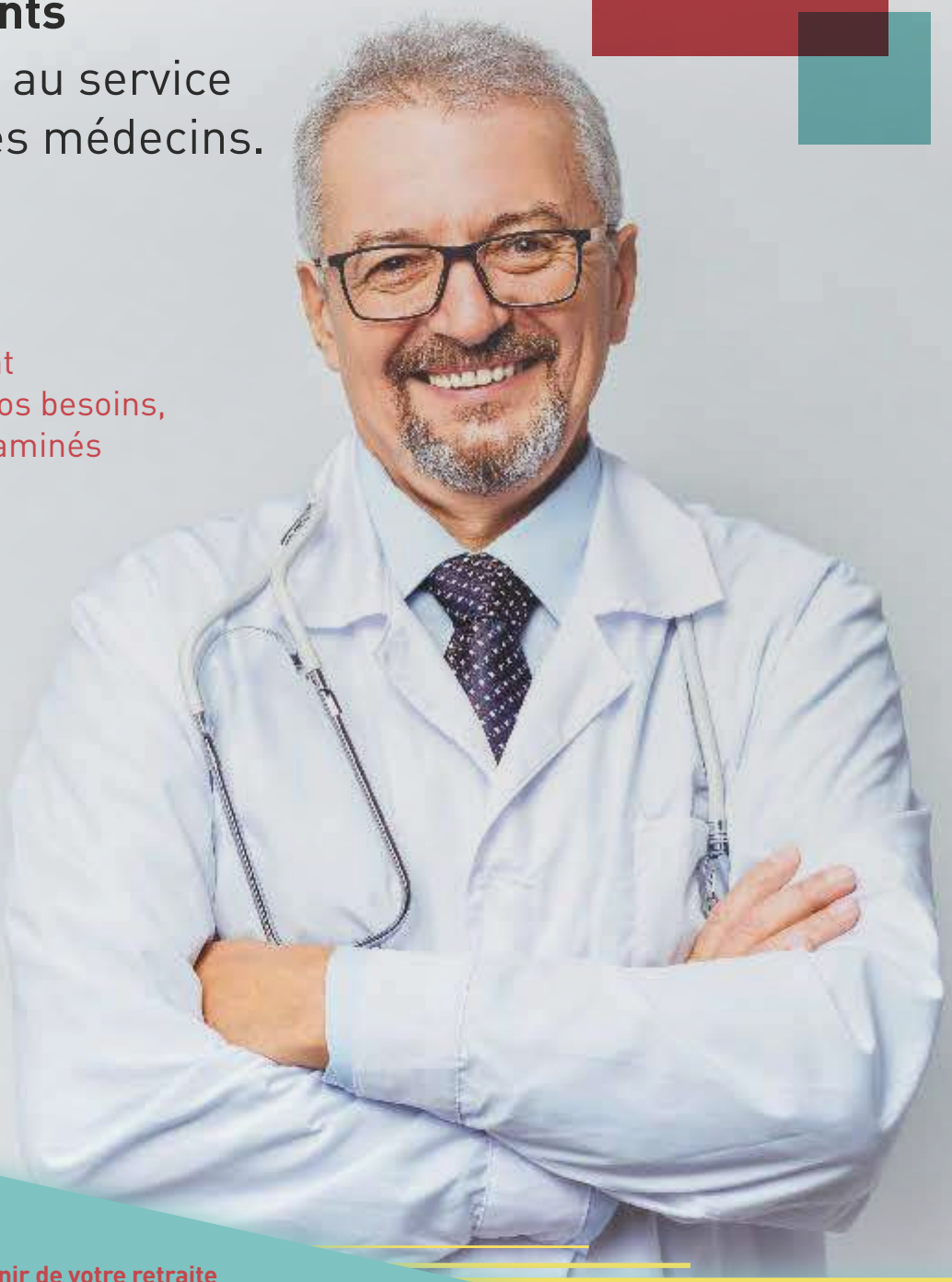
ASSUMED, c'est :

+ 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.

SN-MCR
Syndicat National des Médecins Concernés par la Retraite

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**.

COTISATION
66 € pour 2023

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

1ER iSGLT2 DISPONIBLE EN FRANCE*

forxiga®
(dapagliflozine) 10 mg

QUAND LE REIN EST TOUCHÉ, LE TEMPS EST COMPTÉ

INDICATION[1]

FORXIGA® est indiqué chez les adultes pour le traitement de la maladie rénale chronique.
FORXIGA® doit être ajouté aux traitements standards en cours.

PLACE DANS LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE[2]

Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur **www.has-sante.fr**

CONDITIONS DE PRESCRIPTION

Liste I.

PRIX ET REMBOURSEMENT

Prix : 38,29 euros. Agréé aux collectivités. Remboursement Sécurité Sociale 65 % pour l'indication « Traitement des patients adultes atteints de maladie rénale chronique, en ajout au traitement standard : - avec débit filtration glomérulaire (DFG) compris entre 25 et 75 mL/min/1,73m² et un rapport albumine/créatinine (RAC) urinaire compris entre 200 et 5 000 mg/g ; - recevant depuis au moins 4 semaines un traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste du récepteur de l'angiotensine 2 (ARA II ou sartan) à la dose maximale tolérée. En outre, la prise en charge dans cette indication, est subordonnée à la réalisation d'une prescription : - en concertation avec un spécialiste en néphrologie ; - par un spécialiste en néphrologie pour les patients ayant un DFG entre 60 et 75 mL/min/1,73 m² et un rapport albumine/créatinine (RAC) urinaire compris entre 200 et 5 000 mg/g. »

FR-11486 04/2022 - 22/04/67456363/PM/009 - Propriété d'Astrazeneca

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit en flashant le QR Code ci-contre ou directement sur le site internet :
https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=67456363

* Date de commercialisation 06/04/2020.
iSGLT2 : Inhibiteur du co-transporteur de sodium-glucose de type 2.

1. Résumé des Caractéristiques du Produit FORXIGA®.
2. Haute Autorité de Santé (HAS) – Avis de la Commission de la Transparence du produit FORXIGA® du 27 octobre 2021.

AstraZeneca