Décembre 2023
n° 1366

le Médecin de France

Le journal de la CSMF
Confédération des Syndicats Médicaux Français

Convention médicale : les huit défis à relever

La Rencontre
Franck Devulder
Président de la CSMF

Brèves et Personnalités
Laurence Peyraut
Aurélien Rousseau
Élisabeth Hubert
Frédéric Fossati

La Pratique
Prescription hors AMM :
une pratique légale mais risquée

Les offres *spectaculaires*
0 % de frais sur versements

Votre épargne va être fan !

Du 15 septembre 2023 au 22 décembre 2023, profitez de **0% de frais sur tous les versements** vers le fonds en euros et les supports en unités de compte pour les contrats d'épargne **RES**[1], **RES Multisupport**[2] et **RES Capitalisation**[3]. Offre soumise à conditions[4].

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

Pour tout savoir plus, flashez ce code

Pour rappel, il existe un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte[5].

PUBLICITÉ

(1) RES est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative libellé en euros souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. (2) RES Multisupport est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative libellé en euros et en unités de compte souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. (3) RES Capitalisation est un contrat de capitalisation individuel nominatif, libellé en euros et en unités de compte souscrit auprès de la MACSF épargne retraite. (4) L'offre promotionnelle épargne dure du 15/09/2023 au 22/12/2023 inclus et porte sur tous les versements effectués sur un contrat RES, RES Multisupport ou RES Capitalisation (y compris les prélèvements automatiques). Les autres frais inhérents aux contrats, tels que les frais de gestion, s'appliquent conformément aux dispositions contractuelles. Au-delà du 22/12/2023, tous les frais prévus aux contrats s'appliqueront. (5) L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. La description et le fonctionnement des supports en unités de compte sont détaillés dans les Documents d'Information Clés (DIC) ou la note d'information, disponibles sur la page Supports financiers du site macsf.fr.

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

23_589 - 09/2023 - Crédit photo : Getty Images

Le virage de la pertinence et de la qualité

La pertinence et la qualité vont faire une entrée fracassante dans les négociations conventionnelles. Faut-il s'en satisfaire ? Est-ce une fausse bonne idée ? Comment devrait-on l'appréhender ?

La France est en retard sur la prise en compte de la pertinence et de la qualité des soins. Nos voisins de l'Europe du Nord valorisent la qualité et la pertinence depuis longtemps. Regardons par exemple le fonctionnement de DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) aux Pays-Bas, où les médecins ont eux-mêmes mis sur pied un programme valorisant la qualité de l'exercice en se basant sur les recommandations professionnelles mais aussi sur le vécu des patients.

Tout objet éclairé modifie son comportement ! Apprenons à utiliser cet adage au service d'une plus grande sobriété dans le soin. Cela aura des vertus économiques et écologiques. La production de soins n'est-elle pas responsable de 8 % de la facture carbone ? Mais cela est l'affaire de tous ! Ce virage « pertinence et qualité » est une évidence mais il doit intéresser les médecins de tous secteurs, les autres professionnels de santé mais aussi les usagers. Sans cela, nous ferions fausse route.

Donc, oui à la valorisation de nos exercices sur des critères fondés sur des recommandations scientifiques et professionnelles. En revanche, si la Cnam avait en tête une maîtrise comptable déguisée, elle nous trouverait en travers de sa route. N'ayons cependant aucune crainte ! Cette hypothèse a été réfutée par son directeur général lors de la première séance de négociations.

Dr Franck Devulder
Président de la CSMF

4 | la Rencontre
Franck Devulder

6 | Brèves & Personnalités
4 personnalités
Stratégie Nationale de Santé
PLFSS 2024 : bientôt promulgué
En chiffres

10 | Société & Santé
Transition écologique : la Cnam veut apporter sa contribution
Mycoplasma pneumoniae : une épidémie sous surveillance
PrEP : un bilan encourageant, mais…

11 | Coordination & Santé
Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France et Bourgogne-Franche-Comté

12 | le Dossier
Convention médicale : les huit défis à relever

20 | en Pratique
Prescription hors AMM : une pratique légale mais risquée

21 | à Quoi ça sert ?
AME : un dispositif solidaire

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

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** Décembre 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

Franck Devulder
Président
de la CSMF

« Convention : l'échec n'est pas possible ! »

Pour le président de la CSMF, la bonne tenue des négociations conventionnelles, menées jusqu'à la veille de Noël, n'augure en rien, pour l'instant, d'une éventuelle conclusion positive pour les médecins libéraux. Il en appelle au sommet de l'État : il faut donner les moyens à la médecine de ville pour qu'elle redevienne attractive et puisse améliorer l'accès aux soins.

VOUS ÊTES EN NÉGOCIATION DE LA FUTURE CONVENTION MÉDICALE DEPUIS MI-NOVEMBRE. LE CLIMAT DES DISCUSSIONS VOUS PARAÎT-IL PROPICE À UN ÉVENTUEL ACCORD EN DÉBUT D'ANNÉE PROCHAINE ?

Vous le savez, il est notoirement impossible de « lire dans une boule de cristal » sur l'issue de négociations conventionnelles. Et le dernier épisode malheureux, au printemps dernier, incite à la plus grande des prudences. Ce qui est indéniable, en revanche, c'est que le climat de nos échanges est radicalement différent. La lettre de cadrage portait déjà des avancées, en proposant de simplifier nos travaux sur quatre points-clés – accès aux soins, revalorisation du médecin traitant, structuration des équipes de soins spécialisés, pertinence des soins – et en s'engageant à promouvoir l'attractivité de la médecine libérale. Ces axes sont en conformité avec la ligne politique portée par la CSMF. Cependant, bien sûr, tout dépendra des moyens financiers déployés pour soutenir des mesures ambitieuses et propres à redonner des perspectives d'avenir à notre profession. Depuis le début des discussions, il faut saluer la nouvelle méthode appliquée par la Cnam, alternant des séances bilatérales avec les différents syndicats et des réunions plénières, centrées sur des thèmes-clés comme le médecin traitant, les spécialités techniques et cliniques, l'organisation territoriale ou la pertinence des soins. Pour autant, à la veille de Noël, rien ne se profilait « sous le sapin ». Les choses sérieuses débutent en ce mois de janvier, dès que la Cnam acceptera enfin de dévoiler ses intentions sur les revalorisations d'actes.

À QUELLES CONDITIONS LA CSMF POURRAIT-ELLE ACCEPTER DE SIGNER LA CONVENTION ?

Le programme de la CSMF est connu et n'a varié qu'à la marge depuis le printemps dernier. En premier lieu, la consultation

de base ne saurait être inférieure à 30 euros. Une augmentation qui ne permettrait que de rattraper partiellement le poids de l'inflation ! Nous demandons également une consultation d'expertise équivalente à deux fois le tarif de base, ouverte à tous les médecins, dédiée notamment au suivi des patients en ALD et qui permettrait de traiter plus de patients en revoyant moins fréquemment ceux qui vont bien. C'est un *« deal »* gagnant-gagnant, visant à augmenter la file active des médecins tout en améliorant la qualité de la prise en charge. Par ailleurs, nous proposons un autre mécanisme, contribuant à renforcer l'attractivité du métier : la création de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, soit la possibilité de pratiquer des dépassements tarifaires solvabilisés par les complémentaires santé et donc sans reste à charge supplémentaire pour les patients. Ni le ministère ni le DG de la Cnam n'y sont favorables pour l'instant… mais si l'enveloppe opposable n'est pas à la hauteur, il faudra bien trouver des moyens pour permettre aux médecins de vivre décemment !

> “C'est un *« deal »* gagnant-gagnant, visant à augmenter la file active des médecins tout en améliorant la qualité de la prise en charge.

LES POUVOIRS PUBLICS SEMBLENT VOULOIR « RESSUSCITER » UNE VIEILLE IDÉE : DES REVALORISATIONS D'HONORAIRES CONTRE MOINS DE DÉPENSES DE PRESCRIPTION. CETTE APPROCHE EST-ELLE ENTENDABLE ?

Le gouvernement place en effet la pertinence des soins au cœur de sa feuille de route. C'est évidemment souhaitable, et les médecins libéraux n'ont pas attendu pour s'y engager. La France est en retard sur la prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins. Dans un monde marqué par la menace environnementale, l'objectif capital est également de contribuer à la décarbonation du système de santé, qui représente 8 % de l'émission de gaz à effet de serre. Nous sommes favorables à la valorisation de nos exercices sur des critères fondés sur des recommandations scientifiques et professionnelles. En revanche, si la Cnam avait en tête une maîtrise comptable déguisée, elle nous trouverait en travers de sa route. Cette hypothèse a certes été réfutée par son directeur général lors de la première séance de négociations… mais nous resterons extrêmement vigilants…

QUE SE PASSERA-T-IL S'IL N'EST PAS POSSIBLE DE CONCLURE UN ACCORD CONVENTIONNEL ?

C'est clairement la négociation de la dernière chance pour le système conventionnel. À défaut d'accord, les conséquences de court et de long terme pour notre système de santé pourraient être dramatiques. La médecine libérale continuera de perdre du terrain, au profit d'une médecine salariée à horaires limités, de centres de santé à vocation marchande et détenus par des capitaux extérieurs à la santé, de la poursuite de la politique de l'hospitalo-centrisme… Tout cela, il faudra l'expliquer aux Français : c'est leur santé même qui est en jeu.

DANS UN RÉCENT COMMUNIQUÉ, VOUS ANNONCEZ PAR AILLEURS UNE AUGMENTATION DE 2 % DE LA GRILLE SALARIALE DES CABINETS MÉDICAUX. ET VOUS RAPPROCHEZ CET EFFORT DE RÉMUNÉRATION DES DISCUSSIONS CONVENTIONNELLES. EN QUOI EST-CE LIÉ ?

En effet, les organisations patronales ont décidé de cette augmentation, destinée à compenser l'impact de l'inflation, qui complète celle de 3 % actée en juillet dernier. Un jour de congé supplémentaire sera également accordé aux salariés des cabinets médicaux, signe de l'attention portée par les praticiens au pouvoir d'achat de leurs employés. Nous tenons à alerter les autorités : cette politique salariale menée avec responsabilité et volontarisme ne sera pas tenable si les négociations conventionnelles n'aboutissent pas à une revalorisation significative des honoraires des médecins libéraux. De toute évidence, cela passe par un arbitrage politique du Chef de l'État et du Gouvernement.

SAVE THE DATE

LES 5 ET 6 AVRIL : LE SÉMINAIRE DES CADRES DE LA CSMF

Pour le prochain séminaire des cadres de la CSMF, un prestigieux panel de personnalités répondra présent. **Dominique Pon**, DG adjoint de Docaposte, **Audrey Derveloy**, présidente de Sanofi France, **David Gruson**, directeur du programme Santé de Jouve, **Olivier Mercier**, d'Interfimo et **Jean-David Zeitoun**, épidémiologiste, interviendront longuement pour éclairer les grands enjeux du système de santé.

Venez nombreux, pour cet événement éligible aux actions de formation et indemnisé !

Renseignements : sylvie.aubry@csmf.org

Laurence **Peyraut**

Directrice Générale du LEEM

Depuis le 2 novembre dernier, elle remplace Philippe Lamoureux, parti à la retraite après quinze années passées à la direction générale du LEEM, le syndicat des industriels de la pharmacie. Après le choix du haut-fonctionnaire rompu aux arcanes de pouvoir, c'est la culture de l'entreprise qui prévaut avec Laurence Peyraut. Après des débuts chez Axa en tant que responsable marketing, elle a poursuivi sa carrière chez Barclays, puis au sein du laboratoire Roche comme Directrice Communication, Affaires Publiques et RSE. En 2016, elle devient secrétaire générale du groupe Danone pour la France. Elle prend les rênes du LEEM avec l'intention affichée de *« permettre aux patients d'avoir accès aux traitements dont ils ont besoin, qu'il s'agisse des traitements du quotidien comme des innovations »*.

Aurélien **Rousseau**

Ex-ministre de la Santé et de la Prévention

Le 20 décembre, en pleine cacophonie politique sur le projet de loi Immigration, il a décidé de donner sa démission, en désaccord avec le contenu d'un texte voté par le Rassemblement National. *« Cela touche aux murs porteurs »*, expliquait-il pour justifier son choix. Un départ logique, pour cet ancien communiste passé au cabinet d'Élisabeth Borne avant de rejoindre l'Avenue de Ségur. Le jour même, il était remplacé par Agnès Firmin-Le Bodo, chargée d'assurer l'intérim. L'instabilité du poste – trois titulaires en un an – inquiète le monde de la santé, alors que des sujets-clés se profilent pour 2024, entre la convention médicale, l'avenant économique des pharmaciens et la discussion autour de la Stratégie Nationale de Santé.

en Brèves

STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ L'AVIS DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Actuellement en débat, la Stratégie Nationale de Santé (2023-2033) s'est enrichie début décembre de l'avis du HCSP. Saluant la mise en place *« d'une gouvernance et d'un comité de pilotage »* pour la SNS, il déplore cependant le fait que *« seuls quelques objectifs stratégiques sont opérationnalisés par des cibles et indicateurs »*. Il estime également que le texte *« gagnerait effectivement à viser l'objectif d'une nécessaire refonte complète de notre système de santé »*. Il note également certaines carences par exemple sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Et il suggère plusieurs pistes d'évolution comme l'inscription de *« l'universalisme proportionné »* au titre des politiques de prévention, l'établissement d'un *« plan de prévention stratégique »* pour les risques environnementaux, et le déploiement d'une réflexion pour développer *« les propositions et les orientations sur les modes de financement du système de santé »* et pour proposer des solutions à *« la crise des acteurs »*.

PLFSS 2024 : BIENTÔT PROMULGUÉ

Promulgué fin décembre, après l'avis du Conseil Constitutionnel, le PLFSS 2024 était considéré comme définitivement adopté le 4 décembre, après le rejet d'une motion de censure à l'issue de la dernière lecture par l'Assemblée Nationale. Pour la seconde année, le gouvernement d'Élisabeth Borne avait fait appel à la procédure du 49.3, limitant ainsi la portée des modifications portées par les parlementaires. Le texte compte désormais 116 articles, contre 50 initialement. Le déficit pour 2024 est attendu à 8,7 milliards d'euros et 9,5 milliards d'euros pour la seule branche maladie. L'ONDAM, évalué en tendance à + 4,6 %, serait contenu à + 3,2 %, contre une inflation estimée à + 2,5 % (hypothèse très optimiste). Pour y parvenir, un plan d'économies de 3,2 milliards d'euros est mis en place, auxquels s'ajoutent 900 millions d'euros de dépenses en moins (maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude). Quelques nouveautés sont à signaler, comme le passage en droit commun de projets de type article 51, le renforcement du contrôle des arrêts de travail et la limitation de leurs prescriptions en télémédecine, l'élargissement des compétences des pharmaciens en matière de prescription et le développement des transports sanitaires partagés.

Élisabeth **Hubert**

Présidente de la FNEHAD

L'ancienne ministre d'Alain Juppé préside depuis plus de vingt ans la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile (FNEHAD). L'organisme célébrait le 5 décembre son 50e anniversaire, en présence de 650 invités, au Petit Trianon à Paris. L'occasion, pour sa présidente, de souligner le rôle majeur de l'HAD, qui a pris en charge 160 000 patients en 2022, à rapprocher des 6 millions de Français soignés en hospitalisation complète. Les structures de HAD sont notamment très engagées dans le champ des soins palliatifs, assurant 75 000 séjours sur les 220 000 recensés. Élisabeth Hubert appelle cependant les pouvoirs publics à revoir les modalités de son financement, entrant pour 95 % dans le cadre de la tarification à l'activité, alors qu'un financement au parcours serait clairement plus adapté.

mauvaise qualité de photo

Frédéric **Fossati**

Président de la Fédération des Spécialités Médicales

Cardiologue installé à La Madeleine (Nord), élu CSMF de longue date, il vient d'être élu président de la Fédération des Spécialités Médicales. Il était jusqu'à présent vice-président de la FSM, présidée depuis 2007 par Olivier Goëau-Brissonnière. Créée en 1997, et modifiée par décret en 2019 pour instituer son rôle fédérateur, la FSM est la « maison commune » des Conseils Nationaux Professionnels. Elle fédère aujourd'hui 41 CNP et 6 CNP associés, ce qui représente au total près de 350 structures (sociétés savantes, syndicats, collèges professionnels…). Ses missions sont de plusieurs ordres : améliorer la qualité des pratiques et des soins, coordonner des travaux sur des sujets d'intérêt commun, assurer l'interface entre les organismes de la communauté médicale et les pouvoirs publics, diffuser l'information et favoriser le dialogue…

en Chiffres

848,9 Mrds d'€

C'est le montant des dépenses de protection sociale en France en 2022, soit 32,2 % de son produit intérieur brut. Les prestations françaises s'élèvent ainsi en moyenne à 12 550 € annuels par habitant, dont 4 700€ liés au « risque santé ».

69 %

des Français sont prêts à recevoir un suivi postopératoire ou des soins palliatifs chez eux et éviter ainsi un passage à l'hôpital, selon un sondage Ifop réalisé pour le Big Bang de la Santé du *Figaro*.

70 %

des adultes ne voient aucun problème à laisser des adolescents boire au cours des repas festifs, 30 % élargissant même l'autorisation aux moins de 15 ans. Pour 32 % des Français, la période est même idéale pour initier les jeunes aux boissons alcoolisées, selon un sondage publié par La Ligue Contre le Cancer.

epsens

Épargne salariale

Réussir le partage de la valeur dans les entreprises de santé

Obligatoire à partir du 1er janvier 2025, la mise en place d'un dispositif de partage de la valeur entre employeurs et salariés s'appuie sur des dispositifs attractifs d'épargne salariale. Une opportunité à saisir pour les cabinets médicaux.

Promulguée le 30 novembre, la loi sur le partage de la valeur vise à transposer dans le droit le contenu de l'Accord National Interprofessionnel (ANI), signé le 12 février dernier entre les syndicats de salariés et les représentants du patronat. Cet accord a pour objectif de « dynamiser le partage de la valeur en entreprise, tout en rappelant le principe de non-substitution, en vertu duquel les sommes versées au titre du partage de la valeur ne doivent pas se substituer aux salaires ». La loi votée par le Parlement s'articule autour de quatre axes : renforcer le dialogue social sur les classifications des emplois ; faciliter la généralisation des dispositifs de partage de la valeur ; développer l'actionnariat salarié ; orienter l'épargne salariale vers l'ISR, l'économie productive et la transition énergétique.

2024 : UNE ANNÉE POUR TESTER

Dans les faits, toutes les entreprises sont concernées par ces nouvelles mesures. C'est particulièrement le cas pour les entreprises de moins de 50 salariés, jusqu'à présent exemptées de ces obligations. Celles qui emploient de 11 à 49 salariés devront, à compter du 1er janvier 2025, proposer au moins un dispositif de partage de la valeur, dès lors qu'elles sont profitables (bénéfice net fiscal d'au moins 1 % de leur chiffre d'affaires pendant trois exercices consécutifs). En 2024, un dispositif transitoire facultatif est accessible pour les entreprises de 11 à 49 salariés : elles pourront négocier à titre facultatif une formule de participation dérogatoire, pouvant mener à un résultat plus favorable ou moins favorable que celui obtenu avec la formule légale exigée des entreprises déjà soumises à cette obligation (entreprises 50 salariés et +, bénéficiaires).

PEE ET PERECO : DEUX SOLUTIONS POSSIBLES

Expérimenté pour une période de cinq ans, ce partage de la valeur en entreprise peut s'appuyer sur trois types de dispositifs : la participation, l'intéressement et l'épargne salariale. Dans ce dernier cas, deux supports de placement sont proposés aux entreprises : le Plan d'Épargne d'Entreprise (PEE) et le Plan d'Épargne REtraite COllectif (PERECO). Si la participation et l'intéressement sont soumis à l'impôt sur le revenu, le PEE et le PERECO en sont exonérés, mais sous condition de blocage des sommes épargnées (cinq ans pour le PEE sauf déblocage anticipé, jusqu'à la retraite pour le PERECO sauf déblocage anticipé). En cas de déblocage, les deux produits sont assujettis à des prélèvements sociaux sur les plus-values (17,2 % pour le PEE, en fonction du mode d'alimentation pour le PERECO).

malakoff humanis
SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

LE DÉBLOCAGE EST POSSIBLE

Avec ces deux produits, l'épargne est investie en FCPE monétaire, en FCPE en actions, en obligations ou en placements diversifiés. La gestion est libre pour le PEE, et libre et pilotée pour le PERECO. Des conditions de déblocage anticipé sont fixées par la réglementation, par exemple le mariage ou le PACS, la naissance d'un enfant, une séparation, le décès de l'épargnant ou encore l'acquisition ou l'agrandissement de la résidence principale. Il est à noter que ces possibilités sont plus larges pour le PEE que pour le PERECO. Par ailleurs, 3 nouveaux cas de déblocages anticipés sont attendus pour 2024. Il faut savoir qu'il est possible pour l'entreprise, de façon facultative, d'abonder le versement effectué par le salarié, dans certaines limites : 300 % et jusqu'à 8 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pour le PEE, 300 % et jusqu'à 16 % du PASS pour le PERECO.

UN CADRE TRÈS AVANTAGEUX

Pour l'employeur comme pour le salarié, ces dispositifs offrent un cadre fiscal et social sans équivalent. L'employeur peut ainsi déduire les sommes versées de son résultat imposable, et il est exonéré des charges sociales patronales, excepté sur le forfait social. Le salarié, pour sa part, bénéficie d'une exonération de l'impôt sur le revenu pour les sommes épargnées, mais également des charge sociales afférentes, excepté pour la CSG/CRDS. La prime salariale est donc nettement plus avantageuse pour les deux parties que la prime classique. Une prime d'intéressement de 1 000 euros rapportera 903 euros au salarié, contre seulement 466 euros pour la prime classique.

MÉDECINS : FIDÉLISEZ VOS SALARIÉS !

L'épargne salariale constitue donc une opportunité forte pour l'entreprise : elle permet de fidéliser dans la durée les relations entre l'employeur et ses salariés, grâce à un meilleur partage de la valeur. Un enjeu bien identifié dans le secteur de la médecine libérale, où la stabilité des équipes est cruciale pour mieux répondre à la demande exponentielle de santé de la part de la population. C'est pour y répondre que la CSMF et EPSENS, une filiale de **MALAKOFF HUMANIS**, se sont associés pour proposer aux médecins une offre de gestion de l'épargne salariale autour d'une finance durable et à fort impact social.

3 questions à Zoran Velkoski,
Responsable Régional Épargne Collective

« L'épargne salariale, un outil de consolidation pour les entreprises de santé »

En charge du partenariat entre EPSENS et la CSMF, Zoran Velkoski décrit les atouts de cette offre de groupe, aux conditions avantageuses.

POUVEZ-NOUS DÉCRIRE L'OFFRE PROPOSÉE PAR LA CSMF ET EPSENS AUX ADHÉRENTS DU SYNDICAT ?

Récompensé pour la 6e année consécutive par le Label d'Excellence des Dossiers de l'Épargne, et 2nd gestionnaire d'épargne salariale au Palmarès des Fournisseurs 2023 du magazine Gestion de Fortune, EPSENS est un opérateur reconnu pour sa tarification, sa large gamme de supports et l'ensemble de ses e-services. Avec la CSMF, nous avons eu l'idée de mettre nos compétences au service des médecins libéraux, afin de les aider à bien gérer l'obligation du partage de la valeur, prévue par l'ANI signé en février 2023 et traduite par la loi promulguée le 30 novembre dernier. Le principe est simple : proposer un contrat de groupe, avec des conditions particulièrement attractives, pour une gestion plus rentable des dispositifs d'épargne salariale.

EN QUOI EST-CE INTÉRESSANT POUR LES ADHÉRENTS DE LA CSMF DE SOUSCRIRE À CETTE OFFRE ?

Comme le dit l'adage, l'union fait la force ! Grâce à l'audience de la CSMF, l'objectif est de proposer une qualité de services optimale à des tarifs très compétitifs. Les frais de gestion par an et par bénéficiaire sont limités à 10 euros HT par an, jusqu'à 50 adhérents, et 7 euros HT au-delà. C'est 30 % de moins que la plupart des frais de gestion moyens sur le marché. À cela s'ajoute un accompagnement sur mesure, avec une équipe dédiée et disponible, permettant aux salariés comme aux employeurs de bénéficier des meilleurs conseils, qu'il s'agisse d'une gestion libre ou d'une gestion pilotée. J'ajoute que, conformément à notre éthique, nous nous attachons à proposer des placements éthiques, en phase avec les exigences de développement durable et de solidarité sociale.

QUELS SONT LES ATOUTS DE L'ÉPARGNE SALARIALE POUR LES CABINETS MÉDICAUX ?

Comme d'autres branches de l'économie, le secteur doit relever un défi majeur pour son avenir : fidéliser ses salariés, les inciter à s'investir dans la durée pour améliorer l'offre de soins à la population. L'épargne salariale constitue une opportunité à saisir : un salarié qui bénéficie d'une part de la valeur collective générée par l'activité de soins, c'est un salarié plus impliqué, plus engagé, et conscient de son utilité sociale. Avec la CSMF, nous en sommes convaincus : le partage de la valeur est une solution à privilégier pour pérenniser les entreprises de santé… et donc l'accès aux soins pour tous les patients.

Transition écologique :
la Cnam veut apporter sa contribution

Dans un message posté fin novembre sur les réseaux sociaux, Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Cnam, annonçait le lancement officiel du programme transition écologique du système de santé et santé environnementale avec une priorité clairement affichée : réduire l'empreinte carbone du médicament en s'appuyant notamment sur une méthodologie d'évaluation inspirée par les travaux du *Shift Project*. Une « perspective colossale » qui passera par la sensibilisation des médecins sur le « coût carbone » de leurs prescriptions, mais aussi par la mise en place d'un système de bonus/malus écologique pour les industriels. Cabinet vert et soins écoresponsables, transports sanitaires et réutilisation des dispositifs médicaux à usage unique, prévention et pertinence des soins, identification des initiatives locales susceptibles d'être généralisées, transformation des organismes d'Assurance-Maladie… Plusieurs chantiers seront également engagés par la Cnam qui veut apporter sa contribution pour atteindre les objectifs fixés par le GIEC, soit la neutralité carbone du système de santé d'ici à 2050.

À noter : ces travaux s'inscriront dans la feuille de route pour la planification écologique du système de santé, présidée par Agnès Firmin-Le Bodo, laquelle découle du plan France Nation Verte porté par Élisabeth Borne.

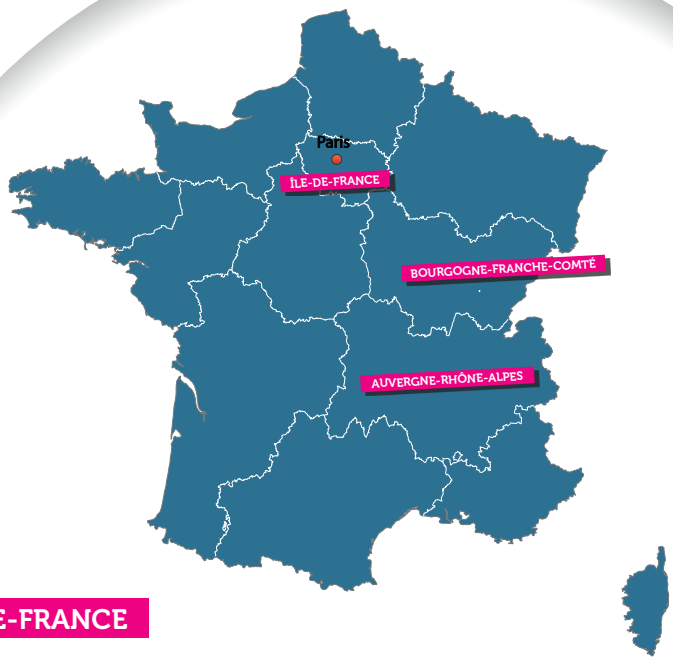
Mycoplasma pneumoniae :
une épidémie sous surveillance

Dans un DGS-Urgent diffusé fin novembre, la Direction générale de la santé pointe une « recrudescence inhabituelle » des infections respiratoires à *Mycoplasma pneumoniae* et rappelle plusieurs points de vigilance, notamment en matière de présentation clinique, de diagnostic et de prise en charge. Dans un point de situation publié de manière concomitante, Santé publique France évoquait une « situation épidémique » marquée par une « circulation accrue » de cette bactérie sur notre sol depuis le mois d'octobre. À tout le moins, le nombre de cas de pneumonies bactériennes associées à ce germe est supérieur aux épisodes automnaux de 2019 et 2022. En l'absence d'un système de surveillance dédié, ces conclusions ont été obtenues en croisant différentes sources de données, dont les détections par PCR de *Mycoplasma pneumoniae* qui ont triplé en deux mois ou encore les passages aux urgences pour pneumopathies qui ont sensiblement augmenté ces dernières semaines, en particulier chez les 6-15 ans et les 16-49 ans. Santé publique France poursuit actuellement ses investigations pour préciser les caractéristiques et la dynamique de l'épidémie, non sans rappeler l'importance des gestes barrières pour réduire les risques de contamination. Le port du masque est fortement recommandé en cas de symptômes évocateurs.

PrEP :
un bilan encourageant, mais…

Dans une étude publiée début décembre, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, le groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE souligne la progression de la PrEP en France. Selon le dernier bilan réalisé, 52 802 personnes avaient recours à une prophylaxie pré-exposition au VIH au 30 juin 2023, contre 42 623 un an auparavant. Autre tendance lourde : 42 % des prescriptions ont été effectuées par des médecins libéraux, dont 37,8 % par des généralistes. Malgré les nombreux progrès enregistrés, notamment en ville, la diffusion de la PrEP auprès des catégories de population qui pourraient en bénéficier demeure limitée. En augmentation depuis un an, les nouvelles initiations concernent de plus en plus souvent des femmes, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et des personnes résidant en milieu semi-rural ou rural, mais dans des proportions restreintes par rapport aux HSH des grandes métropoles, qui restent très largement majoritaires en matière de PrEP.

NB : les médecins libéraux peuvent primo-prescrire une PrEP depuis le 1er juin 2021.



AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

90 % de la population ligérienne couverte par une CPTS

En vertu du contrat tripartite signé début novembre par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et la CPAM de la Loire, la CPTS du Grand Saint-Étienne est officiellement devenue la quatrième communauté professionnelle territoriale de santé du département. Présidée par le Dr Paul Frappé, par ailleurs président du Collège de la médecine générale, la structure couvrira la ville de Saint-Étienne et dix communes de la couronne stéphanoise, soit un bassin de population de 230 000 habitants. Son projet de santé repose sur six axes stratégiques – accès aux soins, parcours pluriprofessionnels, prévention, crise sanitaire, qualité et pertinence, accompagnement des professionnels de santé – et doit notamment permettre de créer un guichet unique pour aiguiller la recherche d'un médecin traitant, de travailler sur un parcours autour de la santé mentale et plus précisément sur les troubles anxio-dépressifs ou encore de promouvoir et faciliter l'installation des professionnels de santé. Pour sa première année d'activité, la communauté percevra une aide de 288 750 euros provenant de la CPAM de la Loire. Selon l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, trois nouvelles CPTS seront créées avant la fin de l'année. 90 % de la population ligérienne sera alors couverte.

ÎLE-DE-FRANCE

Une campagne **en faveur de la santé des médecins**

La première semaine de la santé des médecins libéraux s'est tenue début décembre en Île-de-France. À l'origine de cette initiative, l'URPS ML a également profité de l'occasion pour lancer une campagne intitulée : « Et vous Docteur, comment allez-vous ? ». Accessible depuis son site internet, un auto-test aura permis de recueillir les impressions des praticiens répondants sur leur état de santé. Selon les résultats obtenus, ils pouvaient être orientés vers une prise en charge adaptée, s'ils le souhaitaient. Autre intérêt de cette démarche : les données recueillies de manière sécurisée et anonymisée seront exploitées pour établir un baromètre santé des médecins libéraux franciliens. À plus large échelle, cette campagne affichait quatre grands objectifs : sensibiliser les praticiens à prendre soin de leur santé, en les invitant notamment à respecter un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, les inciter à disposer d'une prévoyance complémentaire pour couvrir les pertes de charges et de revenus en cas de maladie, mais aussi développer et animer un réseau de médecins libéraux disponibles pour prendre en charge leurs confrères ou encore encourager des actions locales pour le bien-être collectif des professionnels de santé.

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Attirer et fidéliser !

La Bourgogne-Franche-Comté affiche l'une des plus faibles densités de médecins en activité régulière du pays, soit 259 praticiens pour 100 000 habitants[1]. Pour attirer et fidéliser des médecins libéraux sur son territoire, marqué par une pénurie médicale chronique dans la plupart de ses départements, l'URPS ML va lancer une campagne de mobilisation et d'incitation décalée pour inciter les jeunes et les moins jeunes à s'implanter durablement dans la région. Cette opération séduction cible les médecins en poste et en formation, et plus particulièrement les internes des facultés de médecine de Dijon et de Besançon. Elle doit notamment permettre de promouvoir les atouts de la vie professionnelle et personnelle dans cette région, mais aussi de renforcer la pédagogie autour de la pratique libérale dans les territoires. Ateliers par spécialité et/ou par territoire, rencontres pour les stages et les remplacements, échanges avec des collectivités partenaires, séquence festive en soirée pour faciliter les interactions entre internes… Un évènement exceptionnel sera organisé le 16 mars prochain aux Salines d'Arc-et-Senans entre midi et minuit.

1. Chiffres issus de l'atlas de la démographie médicale – CNOM 2023.

Convention médicale : **les huit défis à relever**

Depuis le 15 novembre, syndicats et responsables de l'Assurance-Maladie se sont réengagés dans le marathon des négociations, dans l'espoir de signer une convention avant la fin du premier trimestre 2024. Avec un impératif : s'entendre pour éviter l'échec du printemps dernier et redonner des perspectives d'avenir à la médecine libérale.

Changement de climat, nouvelle méthode de travail, consensus partagé sur les enjeux historiques de cette négociation… de l'avis des participants, l'échec retentissant du printemps dernier, traduit par un Règlement Arbitral insatisfaisant pour l'ensemble des parties, ne doit pas se reproduire. La lettre de cadrage publiée début novembre par l'ex-ministre de la Santé, Aurélien Rousseau, témoignait de la volonté affichée en faveur d'une issue favorable. Avec une simplification des objectifs poursuivis et quatre axes principaux : accès aux soins, revalorisation du médecin traitant, structuration des équipes de soins spécialisés, pertinence des soins. Surtout, le texte évoque explicitement la nécessité absolue de redonner de l'attractivité à la médecine libérale, de revaloriser la fonction du médecin traitant et de poursuivre et intensifier les dispositifs de soutien à l'efficience de l'exercice, *via* les assistants médicaux et les Équipes de Soins Spécialisés, ainsi qu'aux aides à la permanence des soins et au maillage territorial.

> **… la nécessité absolue de redonner de l'attractivité à la médecine libérale, de revaloriser la fonction du médecin traitant et de poursuivre et intensifier les dispositifs de soutien à l'efficience de l'exercice…**

DERNIÈRE PLÉNIÈRE LE 21

Où en était-on à la veille de Noël ? Depuis la première multilatérale le 15 novembre et huit réunions thématiques, une seconde réunion plénière s'est tenue le 21 décembre. Consacrée notamment au médecin traitant, elle s'est centrée autour d'un engagement pris par Thomas Fatome, le DG de la Cnam : rallonger de 100 millions d'euros le Forfait Patientèle Médecin Traitant (FPMT). Selon la Cnam, chaque médecin suit en moyenne 230 patients en ALD. Or, ils augmentent de 2,6 % par an… mais la baisse des effectifs de praticiens aboutit à un effet ciseaux négatif, avec 60 à 80 000 patients suivis en moins par an. Pour y répondre, la Cnam propose trois scénarios. Le premier envisage la hausse différenciée du forfait ALD selon l'âge : 90 euros pour les 80 ans et + (contre 70 euros dans le RA), 60 euros pour les 80 ans et + non ALD (46 euros dans le RA), 48 euros pour les ALD de 0 à 79 ans (contre 48 euros dans le RA). La seconde option serait de maintenir les tarifs

des RA mais d'abaisser à 75 ans les seuils de majoration du forfait. Enfin, avec le troisième scénario, l'idée est de proposer davantage pour les patients vus au moins une fois par an, afin de favoriser leur suivi : 100 euros pour les 80 ans ou plus en plus, 70 euros pour les mêmes mais non ALD, 52 euros pour les ALD de 0 à 79 ans. En termes d'impact, ces hausses reviendraient à augmenter de 2000 euros en moyenne le FPMT, qui rapporte actuellement 16 000 euros par an.

LE FPMT AU MENU

À ces propositions s'ajoutent d'autres nouveautés : la majoration précarité C2S applicable au montant de la rémunération au titre du FPMT pourrait être doublée, ou la consultation C2S des patients précaires pourrait être majorée de 5 euros. De même, la Cnam envisage une majoration de 5 euros par patient lorsque le patient est vu dans l'année par un infirmier en pratique avancée (IPA) dans le cadre de la coopération avec ces professionnels. Enfin, un coup de pouce pourrait être destiné aux primo-installés, qui pourraient bénéficier d'une majoration de 30 % du FPMT pendant deux ans en post-installation en zone d'intervention prioritaire (ZIP), ou se voir accorder une aide ponctuelle de 10 000 euros. Toujours dans ce cadre, Thomas Fatôme prévoit de majorer de 10 % le forfait pour les médecins seniors âgés de plus de 67 ans afin de les inciter à maintenir leur activité. Une aide similaire pourrait aussi être proposée aux médecins déjà installés en ZIP (peu importe leur âge), afin qu'ils se maintiennent en activité. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur cinq exerce dans ces zones.

> **À ces propositions s'ajoutent d'autres nouveautés : la majoration précarité C2S applicable au montant de la rémunération au titre du FPMT pourrait être doublée, ou la consultation C2S des patients précaires pourrait être majorée de 5 euros.**

COUP DE POUCE POUR LES PRIMO-INSTALLÉS

Incontestablement, l'Assurance-Maladie se mobilise donc pour tenter d'obtenir la signature des syndicats. Cependant, en cette fin d'année 2023, le *round* de négociation n'était toujours pas entré « dans le dur » : quelles sont les intentions réelles sur la revalorisation de la consultation de base, la reconnaissance de l'expertise de second niveau, le soutien aux spécialités cliniques fragiles, la hausse du point travail ou encore le cumul actes cliniques et actes techniques ? Surtout, quelle est l'enveloppe globale mise sur la table, dans un contexte toujours marqué par la crise économique et l'impératif de maîtrise du déficit ? Par ailleurs, il reste à connaitre les projets de la Cnam sur le volet « pertinence des soins ». Le thème est au cœur de la LFSS 2024, avec en toile de fond un *deal* qui reste à préciser : des hausses d'honoraires, oui, mais contre une réduction des montants de prescription générés par les médecins libéraux. Est-ce le retour annoncé d'une nouvelle forme de maîtrise comptable ? Réponse en janvier prochain, avec une multilatérale le 25 janvier censée aborder le fonds du dossier en matière d'honoraires.

Huit priorités pour l'attractivité

L'attractivité de l'exercice libéral ne se décrète pas, elle doit se construire à partir d'engagements forts et visibles. Retour sur les attente-clés de la CSMF.

1. RECONNAÎTRE À SA JUSTE VALEUR L'EXPERTISE MÉDICALE

Avec le Règlement Arbitral, c'est un camouflet subi par la profession. 27,50 euros pour des consultations de plus en plus longues et complexes en raison des polypathologies n'est pas acceptable, de même que les tarifs des consultations des spécialités indexées sur cette valeur de base. Inférieure à l'inflation, cette hausse de tarif se traduit en réalité par une perte de pouvoir d'achat, comme en témoignaient en septembre les chiffes des AGA sur la baisse des BNC des médecins généralistes. Pour la CSMF, la GS à 30 euros n'est pas négociable, ainsi qu'une GL à 60 euros pour les patients en ALD. Il faut par ailleurs reconnaitre un second niveau de consultation, accessible à tous les praticiens, et qui reconnaisse la valeur de l'expertise pour les consultations complexes. Aller dans cette voie, c'est permettre d'augmenter la file active moyenne : en échange de revalorisations satisfaisantes, les praticiens s'engageront à voir moins fréquemment les patients dont la situation est stable.

2. SOUTENIR ET CONSOLIDER LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT EN TANT QUE CHEF D'ORCHESTRE DU PARCOURS DE SOINS

La Cnam semble prête à restaurer la fonction du médecin traitant, comme en témoignent ses propositions du 21 décembre. Il reste, pour la CSMF, à analyser en détail leur impact, à veiller à ce que les mesures envisagées ne rompent la nécessaire équité entre tous les médecins traitants, et à attester qu'elles sont de nature à renforcer la place de pivot du parcours de soins du médecin traitant. Or, force est de constater que les pouvoirs publics ne cessent, à coup de PLFSS, de « déshabiller » le périmètre d'intervention du médecin traitant, en ouvrant la prescription aux pharmaciens ou en déléguant certains actes à d'autres professions. Il faut donc de la cohérence entre toutes ces décisions et une hiérarchie claire et transparente sur la conduite du parcours de soins. À défaut, c'est prendre le risque d'une perte de chance pour les patients, en cas de mauvais diagnostic, de complications non détectées, de traitements inadaptés ou de rupture dans le suivi au long cours des patients.

3. VALORISER LES ENGAGEMENTS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS SUR LE PLAN TERRITORIAL

Les pouvoirs publics se sont résolus à renoncer au Contrat d'Engagement Territorial, qui aurait abouti à générer une forte inéquité entre praticiens, en fonction de leur profil d'activité. C'est un progrès… mais cette convention doit être l'occasion d'aller plus loin dans le soutien aux initiatives de terrain. Permanence des soins, prise en charge des soins non programmés, engagement dans les ESP, les ESS, les CPTS, consultations avancées… les médecins libéraux répondent présents dans l'immense majorité des cas. Mais cette implication de terrain reste insuffisamment revalorisée. Surtout, il faut les laisser libres de s'organiser entre eux, mais également avec les autres professionnels de santé, y compris en dehors des dispositifs officiels. L'Assurance-Maladie doit à tout prix tenir compte de la diversité des parcours professionnels de la composition spécifique des patientèles, des réalités territoriales très variables d'une zone à l'autre. Il faut éviter toute solution contraignante imposée d'en haut, sous peine de décourager les bonnes volontés.

4. DÉVELOPPER UNE PART DE RÉMUNÉRATION À LA QUALITÉ SUFFISAMMENT ATTRACTIVE

La France est en retard sur la qualité et la pertinence des soins. Les médecins sont prêts à s'y engager… sous certaines conditions. La part de rémunération à la qualité peut être augmentée pour récompenser les pratiques innovantes, l'engagement dans la prévention ou l'atteinte de résultats de santé publique. Mais elle ne peut venir qu'en complément et ne saurait constituer un élément de la rémunération de base. Elle est également conditionnée au soutien de l'état pour l'acquisition de technologies et d'équipements qui accompagnent le plus souvent les progrès médicaux. Le paiement à la qualité doit être accessible à tous, en particulier pour soutenir le déploiement de solutions collectives, interprofessionnelles ou pluriprofessionnelles.

5. SOUTENIR L'ÉMERGENCE D'ENTREPRISES LIBÉRALES MÉDICALES

Le regroupement interprofessionnel est un mouvement inéluctable, qui appelle à transformer en profondeur les organisations territoriales. La CSMF porte le projet d'entreprises médicales libérales, dirigées par des praticiens libéraux et visant à optimiser les collectifs de soins à l'échelle de bassins de population. Des contrats avec les tutelles, fondés sur des indicateurs de résultats partagés, pourraient être conclus avec l'objectif de l'accès et la qualité des soins. Mais ces structures exigent des capitaux et des moyens, qui devraient être en partie accordés par la puissance publique. Le but de cette nouvelle approche entrepreneuriale vise également à contrer les risques de financiarisation du système de santé, en permettant de conserver la propriété de ces entreprises entre les mains des professionnels de santé.

6. RÉALIGNER LES COÛTS DE LA PRATIQUE MÉDICALE EN PRENANT EN COMPTE LES RÉALITÉS ÉCONOMIQUES

Les coûts croissants de l'exercice médical ne sont aujourd'hui pas du tout pris en compte par la convention médicale, en particulier pour les actes techniques. Outre l'alignement des tarifs sur les tendances réelles de l'inflation, le coût de la pratique, inchangé depuis plus de vingt ans, doit être profondément revu, de même qu'il faut autoriser l'association de consultations cliniques et d'actes techniques, ce qui permettra d'espacer les rendez-vous pour un même patient et d'augmenter la file active des praticiens.

7. GÉNÉRALISER UN OPTAM RÉNOVÉ POUR TOUTES LES SPÉCIALITÉS

L'OPTAM, mis en œuvre pour maîtriser la hausse des dépassements d'honoraires, a fait la preuve de son efficacité. Cependant, il faut aujourd'hui en revoir les modalités, étendre son accès à l'ensemble des praticiens et proposer ainsi un nouvel élément d'attractivité, à la fois pour les médecins déjà installés et pour les nouveaux candidats à l'exercice libéral. Les honoraires opposables sont, aujourd'hui, un facteur de renoncement, notamment dans certaines zones tendues où les frais de fonctionnement d'un cabinet sont trop élevés. Les compléments d'honoraires pourraient être partiellement ou totalement pris en charge dans le cadre d'un nouveau contrat-cadre avec les assureurs complémentaires.

8. MIEUX PROTÉGER LES MÉDECINS ET PRÉVENIR LE RISQUE PSYCHO-SOCIAL

Le métier de médecin libéral est aujourd'hui l'un des plus exposés aux risques psycho-sociaux, en raison de la charge de travail, des contraintes administratives et de la pression sociétale. La convention médicale ne prend pas assez en compte cette dimension, qui pèse pourtant lourdement dans la perte d'attractivité de l'exercice médical et dans la progression des déserts médicaux. Il faut mieux protéger les médecins sur le plan social, accroître les avantages du cumul emploi-retraite, financer des outils de suivi et de prise en charge dédiée des professionnels en situation de vulnérabilité.

Jean-Daniel Gradeler,

généraliste à Saint-Privat-la-Montagne (57), membre du bureau de la CSMF

« Laissez-nous nous organiser ! »

La situation de la médecine de ville aujourd'hui est particulièrement compliquée. Nous sommes sortis sur les genoux de la crise Covid. Et nous n'avons pas non plus été épargnés par les différents mouvements de société, entre la dégradation de l'économie, le poids croissant de l'inflation, la pression constante liée aux difficultés d'accès aux soins et l'attitude des politiques qui veulent nous en rendre responsables. La négociation conventionnelle est donc décisive pour l'avenir de notre profession. Au cœur de la discussion, la question est posée : quelle est la valeur de notre travail, et comment doit-il être reconnu pour contribuer à un système de santé plus efficace et plus équitable ? Il faut un choc d'attractivité en faveur de la médecine libérale. À défaut, nous ferons le lit d'une médecine salariée assurée par des centres de soins appartenant à des groupes financiers et restreignant encore davantage l'offre de santé à la population. Pour réussir cette négociation, l'Assurance-Maladie doit changer de comportement vis-à-vis des médecins libéraux. Or, certains événements récents ne me rendent guère optimiste. Je pense au service SCORE, visant à scanner des justificatifs électroniques de feuilles de soins que nous avons fait en mode dégradé parce que le patient n'avait pas sa carte vitale. La Cnam nous demande de contribuer à l'amélioration de sa productivité, sans retour pour nous, et même avec une licence qu'il faut payer 180 euros ! Quel intérêt de nous demander encore des justificatifs alors que la feuille de soins est déjà un justificatif de notre activité ? Que dire aussi sinon de la mise en cause de certains praticiens pour leur prescription d'IJ, jugés coupables de « délit statistique » devant un tribunal d'exception ? La Cnam doit comprendre que l'accumulation des contraintes et obligations est un facteur majeur de désattractivité, pour les plus âgés qui peuvent accélérer leur départ, comme pour les plus jeunes hésitant à s'installer. Enfin, il faut nous faire confiance et nous laisser nous organiser comme nous l'entendons, entre confrères mais également avec les autres professionnels de santé, en tenant compte des spécificités des territoires.

Anne Bellut,

dermatologue à Neuves-Maisons (54), vice-présidente de l'URPS-Grand Est

« Valoriser, soutenir… libérer la médecine libérale ! »

Ces discussions se tiennent alors que le défi pour l'avenir de notre profession n'a peut-être jamais été aussi marqué. Elles se déroulent dans un contexte d'aggravation constante de la désertification médicale, un phénomène dont la responsabilité relève de la puissance publique, mais qui nous est aujourd'hui reproché… comme si c'est nous qui avions décidés de la pénurie programmée par le *numerus clausus* ! À force d'étouffer notre liberté d'exercice, de contraindre notre pouvoir d'achat et d'entretenir dans les médias une vision négative de notre métier, les décideurs ont accumulé les facteurs désincitatifs pour l'installation de jeunes praticiens. Pire, je crois que c'est l'essence même de notre vocation qui est en jeu : les médecins sont, par nature, engagés pour les autres, attentifs aux plus fragiles et déterminés à s'organiser pour améliorer leurs pratiques au service de la population. Mais cela ne peut être au prix d'une qualité de vie dégradée ! Je déplore également la manipulation de certaines informations : certains prétendent que les dermatologues privilégient la médecine esthétique au détriment des soins. C'est faux ! Une enquête menée par notre syndicat montre qu'elle ne représente que 10 % de notre activité. La convention doit à tout prix, en premier lieu, rattraper l'inflation des vingt dernières années et compenser la perte de notre pouvoir d'achat. Second point, il faut soutenir davantage l'évolution de nos cabinets. Le recrutement d'une assistante médicale est souvent empêché par un problème de locaux dont l'adaptation est trop coûteuse. La solution doit passer par une nécessaire revalorisation des honoraires.

Enfin, il faut promouvoir les atouts de la médecine libérale auprès des plus jeunes, en finir avec le « tout-hôpital » et investir plus largement en faveur des projets territoriaux innovants, basés sur le soin, mais aussi la prévention. Ceci passe également par une promotion active des stages auprès des confrères libéraux lors de l'internat. Surtout, il faut nous laisser monter des projets qui nous correspondent, plutôt que nous imposer des modèles venus d'en haut.

Christian Augareils,

président du Syndicat National des Médecins Rhumatologues, membre du bureau de la CSMF

« Redynamiser l'offre libérale de proximité »

Nous devons, tous ensemble, réussir cette négociation. Car ce n'est pas seulement la médecine libérale qui est en jeu, mais l'ensemble du système de santé. Qui peut croire en effet que l'évolution actuelle, centrée sur la prédominance de l'hôpital et l'essor d'une médecine salariée tenue au respect légal des horaires de travail, permettra de répondre efficacement à la hausse inéluctable de la demande de soins ? Au contraire, il faut redynamiser l'offre libérale de proximité, inciter à l'installation et au regroupement des professionnels au sein d'organisations innovantes et adaptées aux spécificités territoriales. Beaucoup de chantiers doivent être abordés, avec des moyens à la hauteur des besoins réels du terrain. En tant que président du Syndicat National des Médecins Rhumatologues, je prendrai l'exemple de ma spécialité. La situation est dramatique : en dix ans, nos revenus ont chuté de 20 %, ce qui, bien sûr, ne favorise pas le choix de la spécialité par les étudiants. Ce que nous attendons, c'est que la Cnam accepte que nous puissions associer un acte technique à nos consultations cliniques. Ce qui se passe aujourd'hui est un non-sens, avec des pertes de chance pour des patients dont le parcours de soins n'est pas adapté. De façon plus globale, il faut travailler en profondeur sur les facteurs d'attractivité, spécialité par spécialité, et donner les moyens à chaque praticien d'organiser au mieux son exercice en fonction des particularités de son territoire. Les nouveaux outils doivent être encouragés, mais à bon escient : une Équipe de Soins Spécialisés s'entend en Lozère, mais pas à Toulouse ! Je ne saurai vous dire si la Cnam a pris la mesure des nombreux défis à relever. Surtout, aura-t-elle les moyens de faire vivre dans la durée la convention, si par hasard elle peut être signée ? Soyons vigilants pour ne rien lâcher !

Laurent Carlini,

généraliste en Corse et responsable de la Maison Médicale CHA, vice-président de la CSMF Corse

« La convention doit soutenir l'activité libérale en Corse »

L'offre de soins de médecine libérale en Corse est aujourd'hui particulièrement préoccupante. D'abord, le territoire est ce qu'on peut appeler une « île-montagne ». Aux contraintes insulaires s'ajoutent les effets d'un relief particulièrement escarpé, qui limite les possibilités de mobilité et allonge les temps de déplacement, notamment parce que le réseau routier est peu développé. La démographie est également un phénomène à prendre en compte : on estime que 40 % de la population devrait être en situation de dépendance entre 2015 et 2030, contre 25 % en moyenne sur le continent. Le taux de pauvreté est plus élevé qu'en France métropolitaine, de même que les indicateurs sanitaires, avec une sur-représentation des maladies chroniques. Enfin, il faut, bien sûr, signaler les tensions estivales majeures, quand la population double durant les périodes touristiques. Face à ces défis structurels, la réponse en termes d'offres de soins n'est pas à la hauteur. Il n'y a toujours pas de CHU en Corse. C'est la seule région de France à ne pas en disposer, même si l'assemblée territoriale porte un projet innovant de CHU. Et la médecine de ville souffre de plusieurs facteurs de déséquilibre : une répartition très déséquilibrée entre villes et zones rurales, une démographie vieillissante – près de 40 % des généralistes ont plus de 60 ans – et l'absence totale ou partielle de certaines spécialités (neurologues, dermatologues, rhumatologues, endocrinologues…). Les médecins libéraux, réunis au sein du collectif ML Corsica et qui rassemble l'ensemble des syndicats, attend donc que la convention réponde aux difficultés structurelles du territoire. Nous demandons par exemple que les consultations complexes et très complexes (MCX et MTX) soient accessibles en zone sous tensions pour les généralistes, et pouvant représenter jusqu'à 32 % de leurs actes. Et nous demandons également la reconnaissance de la visite longue pour les patients dépendants. Enfin, il faut revaloriser nos indemnités journalières et donner la possibilité aux spécialistes d'associer des actes cliniques et des actes techniques.

Nadia Simon,

vice-présidente des Généralistes-CSMF, déléguée à l'exercice coordonné

« On nous écoute… mais va-t-on nous entendre ? »

Le changement de méthode promis par la Cnam est indéniable. Entre les réunions en bi-latérale, où chaque syndicat peut s'exprimer face au directeur de la Cnam et son équipe, et les multilatérales que nous pouvons préparer grâce à l'envoi préalable des documents de travail, nous avons le sentiment d'être écoutés… mais serons-nous entendus pour autant ? Ces échanges montrent que les syndicats, dans leur ensemble, partagent des constats similaires : le manque de moyens, la nécessité de revaloriser les spécialités cliniques comme les actes techniques, la priorité d'attractivité pour le métier de médecin traitant libéral face à la médecine *« one shot »*, le consensus sur la définition des patients fragiles (+ de 75 ans, polypathologies, invalidité sans ALD, enfant de 2 à 6 ans, TDAH…)… Les négociateurs de la Cnam posent des questions, prennent des notes… À présent, nous attendons des propositions qui soient à la hauteur de nos attentes ! Certains signaux envoyés par le gouvernement nous inquiètent : les télécabines qui démontrent une volonté de quantité sans qualité, les centres de santé déficitaires portés à bout de bras par des communes dont ce n'est pas la compétence, ou ces centres de soins non programmés qui fleurissent partout… Alors nous, on va nous demander des gages de qualité et de pertinence… On est pour… mais à quel prix ? Le programme porté par la CSMF est clair, et il doit être entendu par la Cnam. D'abord, le GS doit être tarifé à 30 euros sans conditions, et il faut instaurer une GL à 60 euros pour tous les patients en ALD, quel que soit leur âge. Il faut pouvoir associer actes techniques et actes cliniques et obtenir une revalorisation de la visite. Le Forfait Patient Médecin Traitant doit être revalorisé avec une augmentation de certains profils de patients : enfants de 0 à 2 ans et de 2 à 6 ans, personnes de plus de 75 ans (et non 80 ans). Nous demandons également une reconnaissance de l'engagement territorial (PDSA MSU, exercice coordonné, participation à une démarche qualité) par un système de points bonus ou de coefficient, sans que ceux qui n'en sont pas, soient sanctionnés d'une manière ou d'une autre. Enfin, il faut une refonte des objectifs assistant médical qui, en l'état, sont inatteignables ou violents, avec actuellement un modèle économique déficitaire. Les pouvoirs publics et l'Assurance-Maladie doivent le comprendre : l'amélioration de l'accès aux soins des Français ne sera pas possible sans un investissement conséquent et durable en faveur de la médecine de ville.

Maurice Bensoussan,

président du Syndicat National des Psychiatres Français

« Soyons unis pour mieux négocier »

L'enjeu de cette négociation conventionnelle est considérable. Il faut prendre un virage décisif en faveur de la médecine libérale, afin qu'elle redevienne attractive pour les futures générations de médecins, qu'elle ait les moyens de s'organiser efficacement au service de l'accès aux soins, et qu'elle accompagne les mutations du système de santé vers un modèle plus préventif. En premier lieu, il faut que les syndicats constituent un front uni pour négocier efficacement avec la Cnam. Depuis toujours, l'État joue de nos divisions pour nous affaiblir. Ces calculs politiques de court terme vont contre l'intérêt de la santé publique, créant un mal-être chez les médecins libéraux et accentuant les difficultés d'accès aux soins pour la population. L'investissement en médecine de ville peut se résumer en une formule simple : tout euro dépensé pour l'hôpital doit l'être également en ambulatoire. Il faut également consentir des efforts importants pour certaines spécialités en danger. C'est le cas des psychiatres, dont la démographie a certes augmenté, mais au prix de filières « dégradées » par l'attribution de qualifications sans que les compétences nécessaires soient validées, ainsi que par une croissance disproportionnée des effectifs en milieu hospitalier. Sur les tarifs de la psychiatrie libérale, il faut à tout prix maintenir un niveau d'acte intermédiaire entre la consultation de base et l'APC. À défaut, ce serait prendre le risque de détourner les praticiens de l'installation en libéral. Or, face à l'explosion des pathologies psychiatriques, il est crucial d'investir en faveur du maillage territorial.

Jean-Baptiste Caillard,
président de l'URPS-ML Pays-de-Loire

« Investir pour favoriser l'innovation »

Ces négociations conventionnelles se déroulent dans un contexte paradoxal. D'une part, il est indéniable que la médecine de ville est confrontée à un déficit inédit d'attractivité, illustré par la progression des déserts médicaux, par un taux de remplacement négatif entre installations et départs en retraite et par la surcharge de travail qui épuise de nombreux confrères. D'autre part, à l'échelle des territoires, jamais les médecins n'ont été aussi impliqués pour tenter de s'organiser, entre eux et avec les autres professionnels, et offrir des solutions de prise en charge innovantes à leurs patients. Il faut soutenir et accompagner ces initiatives, valoriser les efforts et mieux reconnaitre l'expertise médicale, faciliter et assouplir les conditions d'installation et mieux protéger les conditions d'exercice des praticiens libéraux. Il faut travailler de façon ciblée sur des points de vulnérabilité : pour quelles raisons, par exemple, certains confrères décident de se détourner de l'exercice libéral au bout de 15 ou 20 ans d'exercice ? Autre sujet d'actualité : beaucoup hésitent à recruter des assistants médicaux en raison des coûts d'équipement afférents, notamment en matière de locaux disponibles. La convention, si elle est signée, doit être capable de porter du « sur mesure », adapté aux contraintes de chaque territoire. C'est le cas pour la mise en place des Équipes de Soins Spécialisés, où il faut prévoir une rémunération dédiée au temps de coordination. La hausse des tarifs est bien sûr indispensable. Mais elle doit s'accompagner de dispositifs de soutien ciblés sur les innovations territoriales.

Frédérique Dulorme,
vice-présidente de la CSMF, présidente de l'URPS Guadeloupe

« Les DROM doivent être écoutés… et entendus »

Dans les départements et régions d'Outremer, la problématique de la vie chère n'est malheureusement pas récente. Loin de la carte postale, l'exercice de la médecine sur nos territoires n'attire pas : nous sommes, historiquement, les premiers déserts médicaux de France. Les conditions de travail sont particulièrement dures, avec une population vieillissante, polypathologique, précaire pour beaucoup. Aux carences de la démographie médicale s'ajoute la difficulté des plateaux techniques insuffisants. Les confrères passent… mais ne restent pas ! Beaucoup d'espoirs reposent sur les négociations conventionnelles en cours, pour redynamiser l'attractivité de nos territoires. En Guadeloupe, par exemple, il est urgent que soit autorisé le cumul d'actes techniques et de consultations, notamment pour faire face aux contraintes de la double insularité. Il est en effet très compliqué de devoir faire revenir les patients des îles du Sud ou des Saintes, en raison des carences du réseau de transports et des coûts d'hébergement pour les patients. De façon générale, il faut à tout prix revaloriser l'expertise, ce qui permettra d'allonger les consultations, de se consacrer davantage à l'éducation thérapeutique du patient et de limiter la fréquence de recours au médecin pour le même patient. Nous attendons énormément de ces discussions, avec la nécessité de prendre en compte les contraintes spécifiques de notre exercice et de soutenir nos initiatives au service d'une meilleure organisation de l'offre de soins.

> … « il faut à tout prix revaloriser l'expertise, ce qui permettra d'allonger les consultation, de se consacrer davantage à l'éducation thérapeutique du patient et de limiter la fréquence de recours au médecin pour le même patient. »

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

Prescription hors AMM : une pratique légale mais risquée

Un médecin peut librement prescrire des médicaments hors autorisation de mise sur le marché, mais la pratique doit demeurer exceptionnelle, en dehors du cadre où elle est formellement autorisée. Bref rappel des obligations et des responsabilités en la matière.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Chaque médicament doit impérativement disposer d'une autorisation de mise sur le marché pour être commercialisé. Cette approbation ne peut être accordée que par la Commission européenne après avis de l'EMA ou par l'ANSM. Outre les indications thérapeutiques, elle inclut également les caractéristiques des patients, les modalités d'administration, la posologie, la durée du traitement, les contre-indications ou les effets secondaires. Toute prescription qui ne respecte pas l'ensemble de ces critères est considérée comme hors AMM. Les affaires du Mediator® ou du Valproate® ont démontré que la pratique n'était pas sans risque pour la sécurité des patients. Sans être illégale, elle doit donc demeurer exceptionnelle. Selon une étude menée par les Académies nationales de médecine et de pharmacie[1], 20 % des prescriptions seraient concernées.

UN CADRE EXPLICITE

Les textes sont formels : le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance, dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Chacune de ses démarches doit être commandée par le seul intérêt du patient. En dehors des accès précoces et des accès compassionnels, où elle est formellement autorisée sous certaines conditions, la prescription hors AMM est possible en l'absence d'alternative thérapeutique médicamenteuse appropriée et sous réserve que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient (article L. 5121-12-1 du Code de la santé publique).

DES OBLIGATIONS RENFORCÉES

En cas de prescription hors AMM, les obligations du médecin sont renforcées, notamment vis-à-vis de son patient, qui doit être informé de la non-conformité de la prescription par rapport à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative thérapeutique à bénéfice équivalent, des risques encourus et des bénéfices potentiels ou encore de la non prise en charge du produit prescrit par l'Assurance-Maladie. En sus de ces informations circonstanciées, le médecin doit également porter la mention « Hors AMM » sur l'ordonnance délivrée et renseigner les raisons pour lesquelles il a choisi ce recours dans le dossier de son patient. Sans être obligatoire, le dialogue entre les médecins et les pharmaciens est fortement recommandé.

UNE RESPONSABILITÉ AGGRAVÉE

Comme tout acte médical, la prescription hors AMM engage la responsabilité de son auteur, mais sa position sera davantage fragilisée si un incident thérapeutique survient en dehors du champ règlementaire. Le cas échéant, le médecin devra justifier sa décision par tout moyen, en s'appuyant sur des experts, des référentiels validés ou des articles médicaux. Il devra démontrer la légitimité de sa prescription et l'absence de risque disproportionné pour le patient. Il devra également apporter la preuve que l'information a bien été délivrée et le consentement effectivement recueilli. La règlementation est claire : le médecin ne peut proposer aux patients des thérapeutiques insuffisamment éprouvées ou leur faisant courir un risque injustifié, que ce soit en initiation ou en renouvellement de traitement.

1. « Les prescriptions médicamenteuses hors AMM : une clarification est indispensable », Académie nationale de médecine/Académie nationale de pharmacie (novembre 2018).

AME : un dispositif solidaire

Attribuée sous conditions de résidence et de ressources, l'aide médicale de l'État facilite l'accès aux soins des sans-papiers, qui peuvent bénéficier d'une prise en charge intégrale de certains soins médicaux, hospitaliers et pharmaceutiques sans avance de frais.

UNE AIDE SOCIALE ET UNIVERSELLE

L'aide médicale de l'État a été créée par la loi du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle. En vigueur depuis le 1er janvier 2000, ce dispositif de santé publique facilite l'accès aux soins des personnes vivant en situation irrégulière sur le territoire français depuis au moins trois mois, exception faite des mineurs qui peuvent en bénéficier sans délai. Attribuée sous conditions de résidence et de ressources, elle est accordée sur dossier pour un an et peut être renouvelée chaque année pour une période équivalente (les demandeurs d'asile ne sont pas éligibles). **Signe particulier :** ses bénéficiaires ne sont pas soumis aux dispositifs du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés. **Autre caractéristique notable :** l'AME n'est pas applicable à Mayotte.

UNE PRISE EN CHARGE QUASI-INTÉGRALE

L'AME donne droit à une prise en charge intégrale des soins médicaux, hospitaliers et pharmaceutiques sans avance de frais, mais dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, tant pour le bénéficiaire que son conjoint et ses enfants de moins de seize ans… ou de moins de vingt ans dans le cas où ils poursuivent leurs études. **Trois exceptions sont toutefois prévues :** les actes techniques, les examens, les médicaments et autres produits nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation ; les médicaments à service médical rendu faible remboursés à 15 % ; les cures thermales. Quelle que soit leur nature, les frais sanitaires des mineurs sont intégralement pris en charge.
À noter : les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME.

UN DÉLAI DE NEUF MOIS

Allogreffes de cornée, pose d'implants cochléaires, rhinoplasties, prothèses d'épaule et de genou, gastroplasties pour obésité… Certains soins et traitements non urgents sont soumis à un délai d'ancienneté de neuf mois, lorsqu'ils ne concernent pas des traumas, des fractures, des brûlures, des infections, des hémorragies et des tumeurs suspectées ou avérées. Applicable depuis le 1er janvier 2021, cette règle prévaut pour tout nouveau bénéficiaire de l'AME, mais aussi pour ceux qui n'en ont pas bénéficié depuis plus d'un an. Une dérogation à la condition d'ancienneté est néanmoins prévue en cas de conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne. Leur prise en charge peut être autorisée après accord préalable du service médical de l'Assurance-Maladie.

LE CHIFFRE-CLÉ

466 000

Ce sera le nombre de bénéficiaires de l'AME fin 2023, selon les extrapolations du rapport Évin/Stefanini, soit une hausse de 13,2 % en un an. Relativement stable, son coût est estimé à 1,2 milliard d'euros par an, soit environ 0,5 % des dépenses de santé.

LE FAIT MARQUANT

Une suppression évitée, mais…

La nouvelle avait provoqué une levée de boucliers, mais les communiqués, les tribunes et les appels à la désobéissance n'y avaient rien fait. Dans le cadre des discussions parlementaires autour du projet de loi sur l'immigration, les sénateurs avaient voté la suppression de l'aide médicale de l'État et son remplacement par une « aide médicale d'urgence » dont l'accès et le panier de soins assorti avaient été restreints, malgré l'opposition farouche des soignants et des médecins. Dans le prolongement du rapport Évin/Stefanini, qui plaidait pour le maintien de ce dispositif non sans proposer des pistes d'amélioration, l'AME avait été rétablie par les députés, avant l'adoption d'une motion de rejet et l'interruption brutale de l'examen du projet de loi début décembre. Quelques jours plus tard, Gérald Darmanin annonçait la volonté du gouvernement de réformer l'aide médicale de l'État début 2024. Affaire à suivre…

à Déguster

MIURA

L'adresse est prestigieuse, le cadre design et convivial, l'accueil chaleureux et simple… et le contenu des assiettes remarquable ! À deux pas de la place de l'Étoile, ce restaurant gastronomique vaut le détour… pour une belle occasion, car il faut bien sûr consentir quelques efforts pour en profiter. La carte témoigne de la créativité de son chef, Nicolas Aujard. Ravioles de foie gras, tourteaux mayonnaise, velouté de châtaigne en entrée… en plat, le rouget fenouil et lard, les gnocchis de butternut, la caille des Vosges au foie gras ou les saint-Jacques mousseline de panais et moëlle de bœuf traduisent les tendances de la maison, entre classiques revisités et alliances Terre-Mer. Mention spéciale, pour les amateurs : le riz de veau caramélisé, spécialité du chef, est à fondre… complété de son salsifis, de sa truffe et de son sabayon au vin jaune. Comptez également sur les talents de l'équipe pour profiter des meilleurs vins selon vos choix. À noter la simplicité des prix : entrées à 23 euros, plats à 36 euros, desserts à 17 euros. Pour la complète, il faut débourser 65 euros par convive… et les plus gourmands iront jusqu'au menu dégustation, soit 90 euros pour six services.

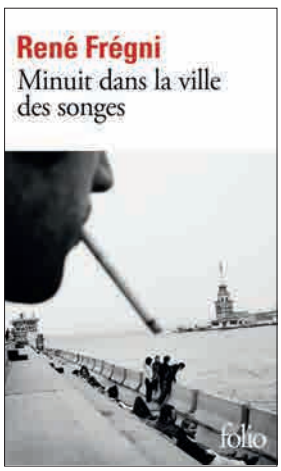
15, rue de l'Arc de Triomphe – 75017 Paris – contact@restaurantmiura.com – Tél. : 01 47 54 00 28

à Lire

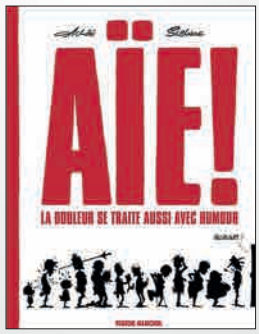
MINUIT DANS LA VILLE DES SONGES

René Fregni – Folio – 8,50 euros

« J'avais été jadis un voyageur insouciant. Je devins un lecteur de grand chemin, toujours aussi rêveur mais un livre à la main. » Tout est dit, ou presque, dans cette accroche du récit autobiographique de René Fregni, paru en 2022 dans la collection Blanche de Gallimard et aujourd'hui en Folio. Voici le parcours d'un « minot » de Marseille, mauvais garçon à ses débuts, déserteur et insoumis à l'Armée, vagabond poétique jusqu'aux portes de l'Asie, puis infirmier en psychiatrie et visiteur de prison. Dans un style simple et pur, il raconte les parts d'ombre et de lumière de cette vie d'errance, marquée par une planche de salut : les livres et les écrivains qui donnent un sens à son existence. Giono, d'abord, qui reste sa grande passion, mais aussi Rimbaud, Dostoïevski, Céline… et tant d'autres découverts en fort militaire, adossé aux talus des chemins d'Europe ou dans sa maison de Manosque. Une œuvre magistrale sur le pouvoir de rédemption de la littérature, une ode au voyage et à la nature.



à Feuilleter



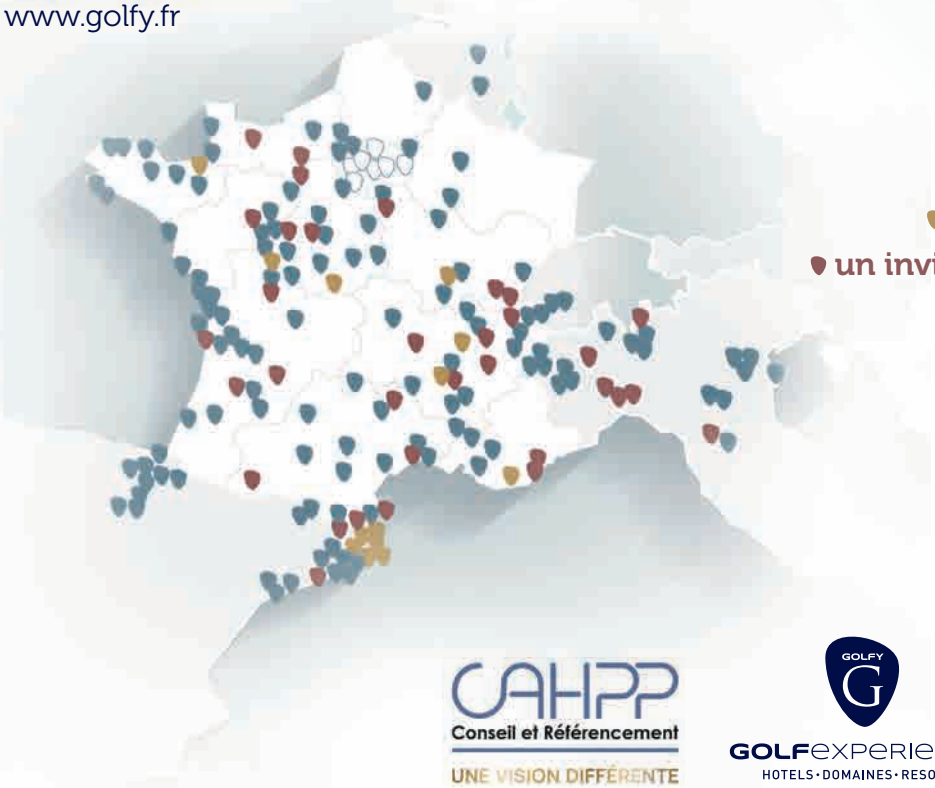
AÏE ! LA DOULEUR SE TRAITE AUSSI AVEC HUMOUR

En voilà une belle BD pour débuter sans délai la nouvelle année ! Avec Achdé *(Lucky Luke, Les Damnés de la route)* au dessin et le rhumatologue Patrick Sichère (enseignant et consultant au centre de la douleur de l'hôpital Lariboisière, à Paris) au scénario, rien ne vous sera épargné en matière de traitement ! Les auteurs nous décrivent sept douleurs différentes pour nous aider à y voir plus clair, sans oublier de nous faire rire… En préambule, passez donc le test « Quel douloureux(se) êtes-vous ? » (réponses en page 50, « histoire de gagner quatre brancards lors de votre prochain passage aux urgences ! »). Que vous soyez blasé, endurant, impassible, angoissé… vous pourrez ensuite vous plonger dans les aventures du Dr Marcel Hippocrate et de ses patients. Migraine (dont souffraient Freud, Chopin ou encore Lewis Carroll), mal de dents ou de dos, rhumatismes, lavement ou saignée, cette mini-somme médicale est drôle (énormément), pédagogique (juste ce qu'il faut !) et thérapeutique (mmm…) ! Ceux qui aimeront se réjouiront d'attendre le tome 2.

CAHPP ET GOLFY
S'ASSOCIENT POUR VOUS PROPOSER UNE OFFRE GOLFIQUE INCROYABLE...

www.golfy.fr

Avec plus de 180 parcours et hôtels en Europe, Golfy propose un terrain de jeu exceptionnel aux golfeurs passionnés, en leur donnant accès à une expérience golf & art de vivre inégalée.



LA CARTE PLATINE**
L'ATOUT MAJEUR DES GOLFEURS PASSIONNÉS.

- 30 % de remise sur les *green-fees*
- un invité bénéficiant des mêmes remises
- 25 % de remise sur les séjours « Coups de Cœur »
- le meilleur tarif garanti sur l'hébergement
- les Rendez-Vous Platine : jusqu'à -50 %
- le programme de fidélité Golfy
- les avantages exclusifs Golfy

**Carte platine, valable 1 an de date à date

CAHPP Conseil et Référencement
UNE VISION DIFFÉRENTE

GOLFexperience
HOTELS · DOMAINES · RESORTS

CSMF Confédération des Syndicats Médicaux Français

Offre spéciale non cumulable, réservée aux adhérents de la CSMF
(carte platine sans GF inclus) – Achat en ligne uniquement

ASSUMED

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

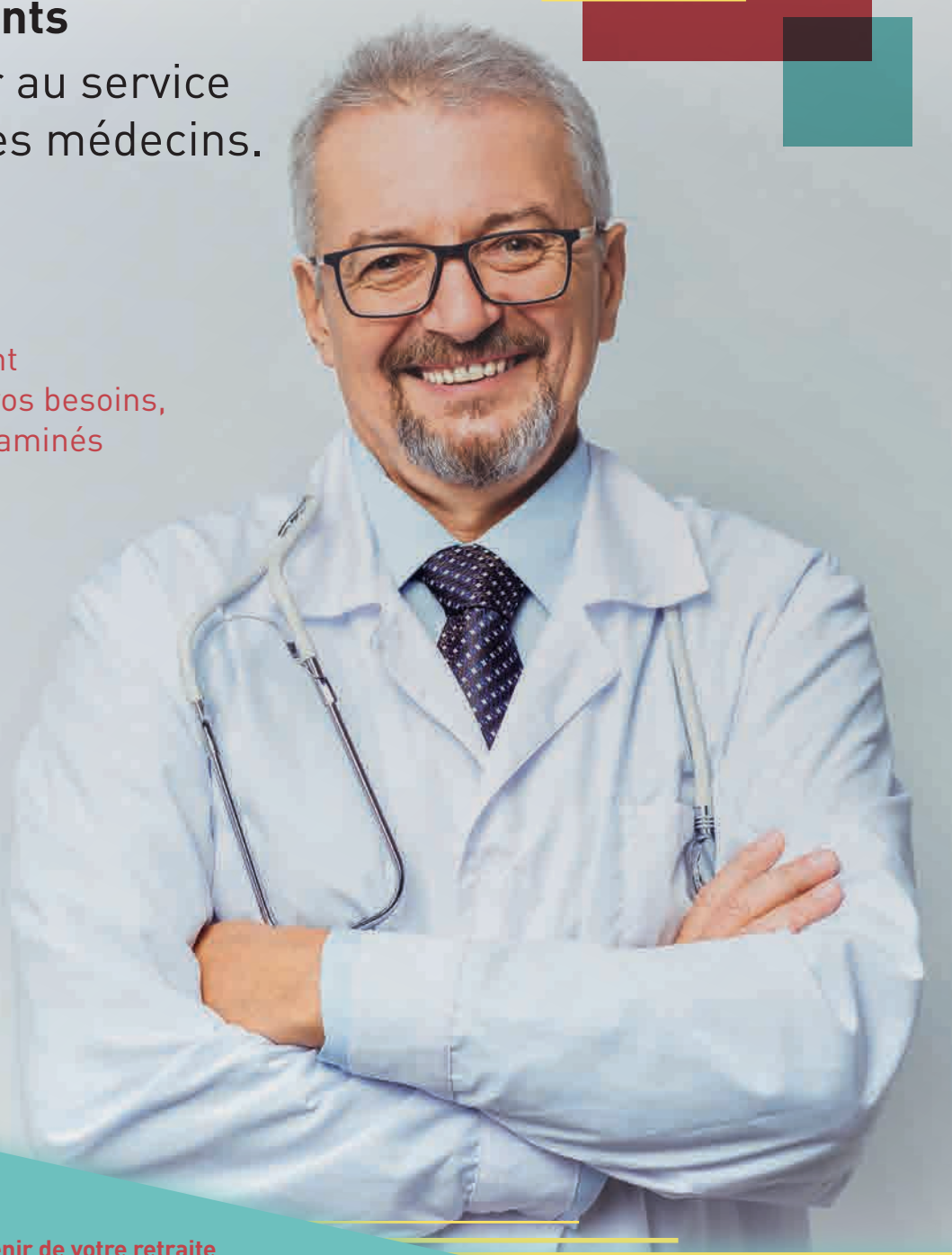
ASSUMED, c'est :

+ 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