



PLFSS 2026

Une attaque majeure contre la médecine de ville

Rencontre

Christian Espagno
Président du Haut Conseil
des Nomenclatures

Brèves Personnalités

Michèle Lenoir-Salfati
Éric Chenut
Jean-Christophe Zerbini
Sébastien Lecornu

Pratique

APC :
comment éviter les pièges du contentieux



MACSF

1^{ER} ASSUREUR DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ



**Pour une fois,
vous n'aurez pas
à faire le diagnostic**

Découvrez avec **le RDV Diagnostic Check-up pro**
toutes les solutions pour sécuriser votre activité.

- ✓ Offres spécifiques pour protéger vos biens, maintenir votre niveau de vie et accompagner vos projets
- ✓ Conseiller dédié et non commissionné à votre service
- ✓ RDV Check-up pro sur votre lieu d'exercice, à domicile ou en agence, au téléphone ou en visio

CHECK UP PRO
RDV en ligne



Ensemble, prenons soin de demain

macsf.fr

3233

Service gratuit
+ prix appel

PUBLICITÉ

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

PLFSS 2026 : le point de rupture

Le PLFSS 2026 constitue un tournant historique : il organise la disparition de la médecine libérale telle que nous la connaissons. En supprimant la négociation conventionnelle et en permettant à l'administration de fixer unilatéralement nos tarifs, le Gouvernement rompt avec 50 ans de démocratie sanitaire. Cette recentralisation autoritaire ne réglera rien. Elle aggravera dramatiquement l'accès aux soins. Si ce texte s'applique, des millions de Français risquent demain de se retrouver sans médecin.

Face à cette attaque inédite depuis 1945, la profession s'est unie. Le 25 novembre, tous les syndicats de médecins libéraux, rejoints par les internes et les étudiants, ont décidé d'une mobilisation générale. Dès maintenant, nous appelons à soutenir le mouvement de grève initié dans le Sud-Est, à refuser les contrats d'engagement France Santé, à amplifier l'action initiée par les cardiologues et à suspendre l'alimentation du DMP. La sortie massive de l'OPTAM et de l'OPTAM-ACO doit devenir un signal clair adressé au Gouvernement.

Une nouvelle étape s'ouvrira en janvier : un mouvement de grève sans précédent à partir du 5 janvier, une grande manifestation nationale à Paris le 7 janvier, et le soutien à l'opération Bruxelles. Puisque le Gouvernement pense pouvoir faire sans nous, montrons-lui ce qu'est une France sans médecins libéraux.

Du 5 au 15 janvier : la médecine libérale ne répond plus.

Dr Franck Devulder,
Président de la CSMF



4| Rencontre

Christian Espagno
Président du Haut Conseil des Nomenclatures

6| Brèves Personnalités

4 personnalités
Antibiotiques : Un rebond préoccupant de la consommation
VRS : Des traitements efficaces et sûrs
Grippe : Vers une pénurie de vaccins ?
En chiffres

10| Dossier

PLFSS 2026
Une attaque majeure contre la médecine de ville

16| à Quoi ça sert ?

CNOM : le pilier de la déontologie médicale

18| Pratique

APC : comment éviter les pièges du contentieux

ABONNEZ VOUS

 **Médecin France**
sur www.csmf.org

 **Médecin 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 1^{er} juin 1978 • Associés CSMF et ACFM • Gérant & Directeur publication Franck Devulder • Rédacteur en chef Laurent Verzaux • Rédaction Hervé Réquillart • Crédits photos Cocktail Santé • Réalisation, Impression et Distribution Compédit Beauregard 61600 La Ferté-Macé – Normandie • Abonnement 65 € par an pour 10 numéros • Commission paritaire 1229 G 82702 • Dépôt légal Octobre 2025

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

Christian Espagno
Président du Haut Conseil
des Nomenclatures

La réforme de la CCAM est sur les rails

Neuro-chirurgien de formation, Christian Espagno mène également une carrière d'expert de la qualité en santé, ayant notamment occupé un poste de direction générale à l'ANAP. Nommé président du Haut Conseil des Nomenclatures il y a six mois, il détaille pour *Le Médecin de France* le travail de refonte de la CCAM technique et en souligne les enjeux pour la médecine libérale.

VOUS PRÉSIDEZ LE HAUT CONSEIL DES NOMENCLATURES (HCN). OÙ EN ÊTES-VOUS DES TRAVAUX DE REFONTE DE LA NOMENCLATURE DES ACTES TECHNIQUES ?

Le chantier avance à bon rythme, compte tenu de l'ampleur de la tâche, des difficultés organisationnelles et des ressources expertes limitées que la CNAM peut mettre à notre disposition. Je rappelle que ces travaux, menés depuis quatre ans, visent à réviser intégralement la nomenclature des 13 800 actes techniques actuels. La CCAM n'avait pas été suffisamment actualisée depuis sa création il y a plus de vingt ans. Or, les pratiques et techniques médicales ont fortement évolué depuis, et la CCAM ne décrit plus la réalité des actes effectués au quotidien par les spécialités qui les réalisent. Des actes obsolètes subsistent, tandis que des actes récents et fréquents n'y sont pas intégrés. La première étape, achevée depuis septembre cette année, a consisté à revoir la description des libellés de ces actes, réalisée par famille à l'aide de 42 comités cliniques composés en moyenne d'une quinzaine d'experts chacun. Environ 40 % des libellés actuels ont été modifiés pour l'ensemble des spécialités. Et environ 1 200 actes nécessitent un avis de la HAS, en raison de libellés ajoutés ou supprimés.

VOUS ENTREZ À PRÉSENT DANS LA PHASE DE HIÉRARCHISATION. EN QUOI EST-ELLE ESSENTIELLE ?

Nous l'avons en réalité commencé avant la fin de la re-description il y a quelques mois, et 20 % des actes sont

désormais hiérarchisés pour une dizaine de spécialités. L'opération consiste à donner une valeur en points travail à chaque acte, ce qui aboutit à un score, déterminé en fonction de plusieurs paramètres, dont la durée, la difficulté d'exercice de l'acte et le niveau de compétence demandée au médecin. C'est un comité de hiérarchisation composé d'experts tirés au sort qui se réunit pour définir ce score par famille d'actes, en s'appuyant sur la définition de la valeur d'un acte de référence, ce qui permet ensuite d'étalonner les autres actes à partir de ce repère. À l'issue de cette phase d'évaluation pour chaque famille d'actes, une seconde étape aura pour objectif d'établir une hiérarchisation « inter-famille ». C'est une phase délicate, qui vise à harmoniser les valeurs entre les différentes spécialités appelées à utiliser ces actes. Pour y parvenir, nous allons définir des actes passerelles, définis comme tels car utilisés par deux ou plusieurs spécialités. Une fois ces étapes menées, que nous espérons achever fin 2026, le résultat de ces travaux sera transmis aux partenaires conventionnels, qui seront chargés de négocier la valeur financière effective de ces actes. La refonte de la CCAM technique est donc un enjeu majeur pour une nouvelle tarification des actes, plus juste, plus en phase avec les réalités de la pratique médicale et de nature à favoriser les actes innovants.

COMMENT FAIRE POUR QUE CETTE NOUVELLE NOMENCLATURE SOIT UN PROGRÈS PAR RAPPORT À LA VERSION ACTUELLE ?

Elle doit d'abord être plus simple d'usage, car un certain nombre d'actes ne sont pas actuellement décrits correcte-

ment d'où certaines assimilations qui ne sont pas satisfaisantes car elles ne correspondent pas à la quantité de travail nécessaire ni à l'activité réelle. Elle doit également s'adapter en temps réel aux évolutions des pratiques, en prenant en compte les impacts des innovations technologiques et médicales. L'enjeu est que les spécialités puissent offrir à leurs patients le meilleur du progrès médical, en permettant une introduction plus rapide des actes innovants. Elle doit, enfin, harmoniser les cotations entre les pratiques hospitalières et de ville, car c'est un élément essentiel pour favoriser une meilleure pertinence des soins.

Y AURA-T-IL DES ACTES PERDANTS ?

Il appartiendra aux partenaires conventionnels de s'entendre sur les effets de la CCAM sur le plan tarifaire. Ce qui est certain, c'est que des actes obsolètes devront, par nécessité, rapidement ne plus être tarifés, afin que les pratiques s'orientent naturellement vers les actes les plus utiles et performants pour les patients. Mais cela dépendra également de nouvelles procédures comme l'inscription provisoire, afin que de nouveaux actes puissent être inscrits plus rapidement à la CCAM.

VOUS ÉVOQUEZ LA NÉCESSITÉ D'UNE CCAM DYNAMIQUE, ÉVITANT DE « FIGER » LA VALEUR DES ACTES POUR DES ANNÉES. MAIS COMMENT Y PARVENIR TECHNIQUEMENT ?

Il faudra, à mon sens, que le HCN qui est une structure pérenne, propose à l'issue des travaux de refonte de la nomenclature une méthodologie de maintenance de la CCAM. L'un de ses objectifs devrait être de procéder à l'actualisation de la CCAM de façon continue, au fil de l'eau, permettant de suivre les actes par exemple sur un cycle de cinq ans. Il faudra également développer les registres de pratiques, sous l'égide des conseils nationaux professionnels, permettant de mieux connaître l'état de l'art en vie réelle. Le recours à l'intelligence artificielle pourrait nous y aider, mais cela nécessitera quelques investissements dont nous devrions discuter avant la fin du mandat des membres actuels du HCN. Enfin, il est nécessaire qu'un mécanisme de révision du coût de la pratique soit mis en œuvre, afin que les spécialistes disposent des moyens requis pour investir dans l'innovation mais cela repose sur les travaux des partenaires conventionnels.





Michèle Lenoir-Salfati

Directrice de l'ANDPC

L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu, qu'elle dirige depuis sa création il y a dix ans, va fermer ses portes en 2026, dans le prolongement d'une recommandation de l'IGAS en mars dernier. Et son propre mandat doit s'achever le 11 janvier prochain. Ses missions sont censées être transférées à d'autres structures, sans précisions sur les modalités de ce transfert. Cette annonce suscite la stupéfaction et l'inquiétude chez les professionnels de santé libéraux, dont l'ANDPC gère l'obligation de formation continue. Dans un communiqué, le président de la CSMF, Franck Devulder qualifié de « trumpiste » la décision du ministère de la Santé, en dénonçant la reprise en main du DPC par l'administration centrale et la confiscation du DPC et de la certification, créés et pilotés par les médecins depuis le début.



Éric Chenut

Président de la Mutualité Française

Le président de la FNMF a lancé le 17 novembre les États Généraux de la Santé, une plateforme d'échanges et de débat menée jusqu'en février prochain et censée renouveler les positions politiques de l'institution dans la perspective de l'élection présidentielle de 2027. En septembre dernier, il a publié un essai, « *Sauver notre modèle de protection sociale* », qui critiquait notamment la logique court-termiste et les arbitrages comptables des lois de financement de la Sécurité Sociale. Et il appelait à repenser notre modèle de protection sociale, marqué par un « *vieillesse démographique* » qui « *va de pair avec une baisse significative de la natalité depuis vingt ans qui s'accélère ces dernières années* », et dont le financement fondé sur la répartition apparaît menacé.

ANTIBIOTIQUES

Un rebond préoccupant de la consommation

Une étude de santé publique France alerte sur le rebond de la prescription et de la consommation d'antibiotiques, qui éloignent la France de ses objectifs face à la menace grandissante de l'antibiorésistance. En 2024, les prescriptions (plus de 860 pour 1 000 habitants dans l'année) ont augmenté de 4,8 % par rapport à 2023, comme la consommation (+ 5,4 % des doses journalières pour 1 000 habitants). L'étude révèle plus précisément que les généralistes français, sources de la majorité des ordonnances, ont prescrit davantage d'antibiotiques (+ 6,2 %). Il en a été de même pour les spécialistes (+ 1,5 %), mais statu quo chez les chirurgiens-dentistes (- 0,2 %). Le pays reste ainsi « *loin de l'objectif cible de 650 prescriptions pour 1 000 habitants par an d'ici 2027* », et « *occupe le deuxième rang des pays consommant le plus d'antibiotiques en Europe* », derrière la Grèce, commente la Dr Caroline Semaille, directrice générale de SpF.

VRS

Des traitements efficaces et sûrs

L'ANSM confirme la sécurité du Beyfortus® (nirsévimab), et des vaccins Abrysvo®, Arexvy® et mResvia® en prévention des infections par le Virus Respiratoire Syncytial (VRS), responsable de la bronchiolite chez les bébés et d'infections respiratoires parfois graves chez les seniors. « *Les rapports de ces deux enquêtes portant sur l'année 2024 permettent de confirmer la sécurité de ces traitements préventifs* », souligne l'autorité sanitaire. En revanche, « *ils mettent en avant un problème d'erreurs médicamenteuses, notamment entre les vaccins (Abrysvo®/Arexvy®) réservés aux adultes et l'anticorps monoclonal (Beyfortus®) réservé aux nourrissons de moins de 24 mois* », ajoute l'ANSM. Elle note ainsi l'administration par erreur du vaccin Abrysvo® (Pfizer) à 3 nourrissons, mais précise qu'« *aucun effet indésirable associé* » à cette confusion n'a été signalé. Pour éviter ces erreurs d'administration, l'ANSM a mis au point une fiche d'information à destination des personnels de santé.



Qualité

Jean-Christophe Zerbini

Directeur général de l'Agence
du Numérique en Santé

Depuis le 8 décembre, cet ingénieur réseau et télécom occupe le poste de DG de l'ANS, en remplacement d'Annie Prévot, qui dirigeait l'agence depuis 2019. Il travaillait depuis 2023 chez Axians, une filiale de Vinci spécialisée dans l'informatique et active dans la santé numérique, selon son profil LinkedIn. Il a également exercé différents postes dans l'informatique et la cybersécurité dans des entreprises de conseil et des collectivités territoriales (province Nord de Nouvelle-Calédonie, ville de Caluire-et-Cuire dans la métropole de Lyon) avant de rejoindre le secteur de la santé en tant que responsable du système d'information du CH d'Annecy (2011-2014). Son arrivée à la tête de l'ANS coïncide avec un projet de remise à plat de son fonctionnement, dans l'attente d'un rapport IGAS, initialement prévu pour mi-novembre.



Sébastien Lecornu

Premier ministre

Les lobbys de l'agro-alimentaire sont-ils trop puissants ? La question interroge, alors que la Stratégie Nationale pour l'Alimentation, la Nutrition et le Climat, initialement prévue pour être publiée le 28 novembre, a finalement été bloquée. La raison ? « *Le Premier ministre n'a pas été informé* » de cette publication, et donc « *n'a pas pu la valider* », a répondu le service de presse de Maignon aux journalistes. Prévoyant de recommander une « *limitation* » de la consommation de viande, et non une « *réduction* » selon les engagements du gouvernement – chaque mot pèse – cette stratégie dérange clairement certains industriels de l'agro-alimentaire. Selon la cellule investigation de *Radio France*, la notion de limitation de consommation de produits ultra-transformés a été remplacée par la recommandation de consommer des produits « *peu ou pas transformés* ». Les associations sont vent debout contre ce report *sine die* d'une stratégie critiquée par ailleurs pour la faiblesse de ses engagements.

GRIPPE

Vers une pénurie de vaccins ?

Bonne nouvelle, la campagne de vaccination contre la grippe, ouverte depuis le 14 octobre, rencontre son public, avec un taux de vaccination plus élevé, à même date, que l'an dernier. Mais la question se pose désormais : y a-t-il un risque de pénurie des doses disponibles ? C'est la crainte des syndicats de pharmaciens, qui ont lancé l'alerte fin novembre. Le ministère de la Santé a répondu en annonçant un déblocage des stocks de sécurité, alors que 14 millions de doses ont été achetées par l'État cette année. Mais l'enjeu est de taille : une éventuelle rupture de stocks, même temporaire, peut altérer la dynamique de couverture vaccinale, chez des patients volontaires qui peuvent décider d'y renoncer.

Chiffres

15 milliards d'euros

C'est le montant du transfert de la dette de la Sécurité Sociale vers la CADES que le Sénat a voté dans le cadre du PLFSS, ce qui rallonge encore la durée de cet organisme créé il y a 30 ans.

250

C'est le nombre – faible – de médecins volontaires engagés dans le dispositif « Un médecin près de chez moi » censés réaliser des consultations délocalisées dans les 151 zones recensées par la DGOS.

40 %

C'est le taux des dépenses publiques sensibles au vieillissement de la population, soit 11 points de plus qu'en 1998, notamment du fait des retraites, selon la Cour des comptes.



Paymed

Paymed

Une nouvelle solution pour gagner du temps médical

Paymed, historiquement organisme de gestion du tiers payant et des opérations monétiques, vient de lancer Paymed One, une solution tout-en-un qui simplifie la facturation et l'encaissement des honoraires, quel que soit le moyen de paiement des patients, tout leur en garantissant le plus petit reste à charge.

En médecine de ville, c'est une contrainte administrative pesante, accaparant du temps médical précieux à préserver pour les patients. Gestion du tiers payant, « chasse » aux impayés, procédures complexes, longues et parfois infructueuses... dans un système de santé morcelé, où la rémunération du professionnel de santé dépend à la fois de l'Assurance Maladie, de la multitude d'opérateurs dans le champ de l'assurance complémentaire et parfois du patient lui-même, les médecins libéraux veulent pouvoir s'affranchir de ces difficultés. Pour s'en exonérer, il existe une solution simple, fiable et rentable : faire appel aux services d'une société spécialisée dans l'encaissement des honoraires des professionnels de santé. Paymed, une fintech lyonnaise créée en 2018, propose des solutions sur mesure, parfaitement adaptées aux problématiques et à la pratique quotidienne des médecins libéraux.

UNE FINTECH LYONNAISE...

Agréé ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, destinée à garantir la fiabilité du système financier), certifiée HDS (Hébergeur de Données de Santé), **Paymed** a un statut d'établissement de paiement, ce qui permet au praticien d'ouvrir ou de conserver un compte bancaire dans l'établissement de son choix. **Paymed** bénéficie du solide savoir-faire acquis par SANTEFFI durant trois décennies dans la gestion du tiers payant des pharmaciens. En effet, « *SANTEFFI est une filiale du Crédit Agricole, créée à l'époque pour accompagner*

les pharmaciens d'officine dans ce nouveau système, explique Paul-Henri Cheminal, Directeur Général de **Paymed**. *En 2018, quand les syndicats représentatifs de professionnels de santé ont réfléchi ensemble aux moyens à mettre en œuvre pour s'affranchir de l'obligation de tiers payant généralisé voulue par le ministère de la santé, ils ont souhaité la mise en place d'une structure indépendante.* »

...EN RÉPONSE AU PROJET DE TIERS PAYANT GÉNÉRALISÉ

Suite aux différentes mobilisations des professionnels de santé libéraux, le principe d'un Tiers Payant obligatoire a été retiré au profit d'un Tiers Payant généralisable sans notion d'obligation. Dans ce contexte, ils ont tenu à disposer de leur propre solution de gestion de tiers payant : **Paymed**, un outil qui garantit leur indépendance et leur liberté concernant leur gestion quotidienne et l'encaissement de leurs honoraires.

L'ambition de **Paymed** consiste à favoriser l'accès aux soins en proposant des solutions d'encaissements et de gestion adaptées au mode d'exercice des médecins.

EN CONSULTATION OU EN VISITE, DES SOLUTIONS D'ENCAISSEMENT ADAPTÉES AUX BESOINS

« E-paiement » est un dispositif d'encaissement des honoraires de façon dématérialisée, ne nécessitant ni terminal de paiement, ni téléchargement d'applis, ni contrat spécifique avec sa banque. Cela facilite l'encaissement des téléconsultations et permet de disposer d'une possibilité d'encaissement nomade.

Paymed commercialise également une offre de SANTEFFI, proposant des lecteurs de carte bancaire ou carte Vitale.



Paul-Henri Cheminal,
DG de Paymed

Faire gagner du temps aux médecins

Paymed One, la solution tout-en-un de la facturation à l'encaissement des honoraires

Paymed innove pour simplifier le quotidien des médecins libéraux, avec l'offre Paymed One, proposée depuis le 15 mars. L'offre tout-en-un est composée d'un logiciel de facturation, d'un lecteur carte bancaire et service d'encaissement, d'un tableau de bord de suivi et d'un expert dédié, disponible du lundi au vendredi de 8 h à 20 h. Le tout en un seul contrat.

Le principe est simple : le professionnel de santé peut facturer et encaisser les honoraires demandés au patient en quelques clics, quel que soit le moyen de paiement utilisé. « C'est une réelle avancée pour le praticien, souligne Paul-Henri Cheminal. Il n'a plus besoin de multiplier les contrats, entre la location du TPE pour la carte bancaire, la gestion du lecteur de carte Vitale, le contrat avec la banque et celui avec Paymed. Et il n'est plus obligé de faire l'avance de frais sur la part obligatoire et la part complémentaire. » Simplifiée, la solution est également la plus rapide du marché. Et enfin, elle permet au patient de bénéficier automatiquement d'un reste à charge réduit, correspondant à ce qu'il doit effectivement régler au médecin.

Quels avantages offre le service Paymed One ?

Tout d'abord, c'est une réelle innovation au service d'un exercice plus serein, avec du temps médical gagné. Avec un seul contrat pour ses opérations de facturation et d'encaissement, le médecin bénéficie d'une comptabilité plus lisible. Concrètement, l'offre Paymed One repose sur 4 grands volets :

- 1. La garantie d'encaissement des honoraires facturés :** aujourd'hui la moitié des rejets d'un professionnel de santé est lié aux droits des patients. Grâce au contrôle des droits Sécurité Sociale et mutuelle en temps réel, Paymed One met fin aux rejets liés aux droits.
- 2. Le gain de temps sur les actes de facturation :** le logiciel est pré-paramétré pour être plus rapide, les feuilles de soins électroniques se préremplissent automatiquement et le plus petit reste à charge est envoyé directement sur le lecteur de carte bancaire. Pour le patient, seul le reste à charge effectif est débité de sa carte bancaire. Le montant des honoraires à régler n'est donc plus un sujet de conversation entre le praticien et son patient !
- 3. Un service d'encaissement nouvelle génération :** l'offre Paymed One inclut un lecteur Android, plus rapide, plus fiable et plus adapté à la pratique des professionnels de santé libéraux : dématérialisation du ticket, télécollections automatique, accès au journal de bord en temps réel directement depuis le terminal...
- 4. Une comptabilité simplifiée :** l'ensemble des honoraires apparaissent en une seule ligne sur le relevé bancaire du professionnel. Il est possible, pour ce dernier, de piloter son activité grâce au tableau de bord de suivi en ligne disponible en temps réel sur PC, tablette ou smartphone et d'accéder aux honoraires encaissés, au détail des factures et virements et au rapprochement bancaire effectué par les experts Paymed...

Vos services sont-ils rentables pour les médecins ?

3 000 euros¹ par an est le risque financier moyen lié aux impayés. Notre offre sans engagement Paymed One avoisine 100 euros par mois en moyenne, pour un médecin généraliste. Le tarif se compose comme suit : un abonnement de 41 euros par mois et 0,5 % des honoraires perçus au titre des frais. Notre atout : nous avons l'habitude de traiter avec les plateformes de liquidation des complémentaires santé. Et notre savoir-faire permet de protéger les médecins contre les clauses parfois abusives des contrats de tiers payant.

¹ Moyenne réalisée sur notre parc de client.



PLFSS 2026 Une attaque majeure contre la médecine de ville

Avec un ONDAM à + 1,6 % et + 0,9 % pour la Ville, le PLFSS 2026 ajoute au rationnement budgétaire des attaques en règle contre la médecine libérale et le contrat conventionnel. La profession s'apprête à se mobiliser contre cette loi liberticide pour l'exercice libéral.

Passera-t-il ? Ou bien tombera-t-il aux oubliettes, victime de la plus spectaculaire crise politique de la V^e République ? Jamais la France n'aura connu de telles séquences politiques, avec des inédits inimaginables au Parlement. Un gouvernement qui se fait retoquer son PLF, sur la partie recettes... avec 404 voix contre, 84 abstentions... et un vote pour ! Après 125 heures de débats, souvent houleux, la version finale du texte était qualifiée de « budget Frankenstein », ou « Groucho Marx », selon les commentateurs, à force d'être remaniée en tous sens. Menée en parallèle, la discussion du PLFSS aura suscité un peu moins de passion, mais tout autant de polémiques. À l'origine, le dessein du gouvernement était de « limiter » à 17,5 milliards d'euros le déficit pour l'an prochain. Mais le profond « déshabillage » du texte par la conjonction des oppositions a abouti à remonter la facture potentielle à 24 milliards d'euros, après la première lecture à l'Assemblée Nationale. Exit, par exemple, la hausse des franchises médicales, la taxe supplémentaire sur les assureurs complémentaires, la possibilité pour l'État de « piocher » dans les réserves de l'AGIRC-ARRCO...

LA VOIE VERS LES ORDONNANCES

Tout ça pour ça ? Comme attendu, le Sénat a fait table rase des travaux des députés, pour revenir à une version

conforme aux équilibres proposés par le gouvernement Lecornu. Mais, là encore, la messe n'est pas dite. Après l'échec patent de la Commission Mixte Paritaire, le 26 novembre, la seconde lecture a été menée à l'Assemblée Nationale à compter du 2 décembre, avec un vote solennel théoriquement programmé le 9 décembre. Un dernier tour de piste au Sénat devait suivre, avant l'avis final des députés. C'est là que l'ultime compte à rebours va se déclencher : le délai constitutionnel, fixé à 50 jours, place l'échéance au 12 décembre à minuit. En cas d'échec, il reviendra au gouvernement de choisir la voie de passage. La constitution, par le biais de l'article 47-3, autorise le vote par ordonnances... mais la procédure n'a jamais été utilisée depuis 1958. Reste, alors, une autre option : Sébastien Lecornu pourrait se résoudre à employer le 49-3, contre la promesse du PS de ne pas voter la censure. En dehors de ces issues hypothétiques, des constitutionnalistes ont soulevé une nuance de taille : une loi spéciale est possible pour le PLF, mais pas pour le PLFSS, excepté pour autoriser l'ACOSS à emprunter sur les marchés financiers. « *Contrairement au PLF, il n'y a pas de plan B*, déclarait la députée Perrine Goulet (Les Démocrates). *S'il n'y a pas de PLFSS, il n'y a pas de PLFSS. J'appelle vraiment mes collègues à trouver un compromis dans la dernière ligne droite.* »

RIEN N'EST FIGÉ DANS LE MARBRE

Autant dire que les parlementaires ont sans doute travaillé pour rien. Un éventuel 49-3 nécessitera cependant de trouver un compromis avec le PS, qui n'a aucun intérêt à aller à la censure, et donc à des législatives anticipées, en raison du risque de perte de sièges sur les bancs de l'Assemblée. *A minima*, il faudra réintégrer la suspension de la réforme des retraites, mais le deal sera nécessairement plus étendu, en particulier dans le champ de la santé. Avec un paramètre à prendre en compte : la première version du texte voté par les députés a en effet supprimé des lignes de recettes, dont en premier lieu la hausse des franchises pour les assurés. Le Sénat l'a rétabli, mais il est probable que les oppositions exigeront à nouveau son retrait dans la version finale. Donc, par conséquent, il faudra potentiellement trouver d'autres ressources pour tenter d'équilibrer le solde du PLFSS. Qui paiera ? Y aura-t-il de nouvelles charges menées contre certains des acteurs de la santé ?

UNE « PURGE » RADICALE

Quelle que soit l'issue finale de cette séquence politique hasardeuse, le résultat final de ce PLFSS paraît scellé : ce sera la « purge » la plus radicale appliquée au système de santé depuis près de trente ans. Le montant des économies devrait se situer entre 6 et 7 milliards d'euros, soit plus du double des années précédentes. Près de trois milliards d'euros pèseront sur le secteur des médicaments et des produits de santé, avec le risque de disqualifier le marché français dans l'accès à l'innovation. C'est en tous les cas le cri d'alarme des industriels du médicament, qui soulignent le contexte géo-politique posé par le programme de Donald Trump. L'administration américaine entend en effet appliquer la « clause de la Nation la plus favorisée ». Décidé à faire baisser les prix des médicaments en s'alignant sur ceux des pays où ils sont les plus bas (Japon, France, Allemagne...), le dispositif vise à mieux répartir le financement de l'innovation thérapeutique, aujourd'hui essentiellement concentré Outre-Atlantique. Les baisses de prix aujourd'hui envisagées vont à l'encontre de la logique portée par cette clause : la hausse des prix dans les pays européens, avec à la clé des négociations plus tendues entre les États et les laboratoires pharmaceutique. La conséquence est évidente : la France pourrait perdre de l'attractivité, les entreprises de santé y diminueront leurs investissements et retarderont ou éviteront des lancements de produits innovants mais coûteux.

UN DÉPASSEMENT PROGRAMMÉ

Si les industriels de la santé ont beaucoup à perdre, les médecins libéraux apparaissent également comme les principales victimes du plan d'austérité. Plus que le montant des économies exigées, c'est l'esprit profondément anti-libéral qui est dénoncé. En premier lieu, la fixation d'un ONDAM à +1,6 %, dont +0,9 % pour les soins de ville, assure le dépassement de l'objectif, avec par conséquence le déclenchement de mesures de correction réclamées par le comité d'alerte. En juillet dernier, ce fut le cas, et les revalorisations signées dans le cadre de la convention médicale ont été gelées. En dépit des engagements pris par l'exécutif, la traduction de ces revalorisations en janvier prochain pourrait être compromise. Et si la situation des comptes

empire au premier semestre, il y a fort à parier que la cure d'austérité se prolonge pour la médecine de ville. « C'est historique, on n'a jamais vu ça ! Avec un Ondam soins de ville aussi bas, le message est clair : le calendrier conventionnel ne s'appliquera pas et c'est donc tout le dispositif conventionnel qui se casse la figure », observe Franck Devulder, président de la CSMF. Quand on voit que l'Ondam hôpital est à 3,2 % et celui de la ville à 0,9 %, cela envoie aussi un signal fort aux jeunes générations : « Fuyez, ne venez pas dans le libéral », ajoute-t-il.

LA CONVENTION MENACÉE ?

Autre décision qui suscite une levée de boucliers, les mesures de régulation autoritaire fixées par le PLFSS contre les radiologues, les radiothérapeutes et les néphrologues traduisent, pour les syndicats de médecins, la prééminence de la loi sur le contrat conventionnel. À défaut d'accord avec les représentants de ces professions, dans un délai d'un mois, le DG de la CNAM peut fixer des tarifs de façon unilatérale, dans un délai fixé par arrêté ministériel. Outre cette nouvelle entorse à la logique conventionnelle, les médecins libéraux contestent l'intitulé de cet article, qui vise à « lutter contre des phénomènes de rente », liés à des actes qui seraient « d'un niveau de rentabilité excessive ». Le vocabulaire choque, cherchant à laisser entendre que ces spécialités utiliseraient ces actes à des fins d'enrichissement personnel. Par ailleurs, l'interprétation de la notion de profitabilité, et donc de rente financière, est laissée à la discrétion du gouvernement et de l'Assurance Maladie. Autant dire que tous les excès sont à craindre du côté des payeurs, avec un dispositif qui s'apparente au mécanisme des lettres-clé flottantes, si fortement combattues par la profession il y a près de 30 ans. Et il est évident que les spécialités visées ne sont que les premières de la liste. Les cardiologues ont ainsi fait les frais, le 5 novembre, d'une décote de l'échographie cardiaque et de la coronarographie, appliquée dans le cadre de la baisse tarifaire de l'imagerie. Et la spécialité ouvre le bal de la contestation, avec l'appel du SNC à boycotter les rendez-vous en ligne et par téléphone à compter du 1^{er} décembre.

LA CSMF PROPOSE 11 AMENDEMENTS

Comme à son habitude, la CSMF a procédé à une analyse en profondeur du PLFSS dans sa version présentée par le gouvernement, afin d'inspirer le travail des parlementaires. Plusieurs amendements sont défendus par le syndicat. Le premier concerne la demande d'étendre la vaccination contre la grippe à l'ensemble des praticiens, y compris les hospitaliers, alors que seuls les médecins de ville sont concernés. Elle demande également que l'article obligeant les médecins libéraux à collecter les franchises versées par les patients au profit de l'Assurance Maladie. Une mesure bien sûr suspendue au maintien de ces franchises, lesquelles ont été supprimées par les députés. Le troisième amendement suggère que les médecins soient autorisés à stocker les vaccins ce qui élargirait la couverture vaccinale.

RESPECTER LE TERRAIN

La CSMF milite par ailleurs pour une rémunération continue pour les médecins engagés dans le contrat de praticien territorial. Elle réclame également une modification de

l'article 21, qui prévoit de créer un nouveau niveau d'organisation, avec des « structures spécialisées des soins non programmés ». « Il convient de ne pas limiter ces missions à des structures exclusivement dédiées, estime-t-elle. Les maisons de santé pluridisciplinaires et autres structures de premier recours doivent pouvoir y contribuer sans créer un nouvel échelon isolé du reste de l'offre de soins. » Comme chaque année, elle s'insurge contre les retards de la campagne tarifaire, qui bloque la facturation des praticiens libéraux dans les établissements privés, et suggère donc que la loi prévoit que les tarifs de l'année précédente soient automatiquement reconduits.

POUR UNE RÉGULATION PLUS INTELLIGENTE

Avec l'amendement n° 7, la CSMF s'attaque aux coups de rabot budgétaires, subis par les spécialités visées par la lutte contre les « rentes financières ». « Plutôt que des "coups de rabot" administratifs, il serait plus pertinent de développer des mécanismes de régulation concertés, fondés sur la responsabilité territoriale des acteurs de santé et la pertinence des pratiques médicales, plaide-t-elle. Ces leviers sont plus efficaces et plus respectueux du rôle des médecins dans l'organisation du système de soins. » Avec son amendement n° 8, elle s'oppose à la surtaxation des dépassements des médecins du secteur 2 (une mesure qui serait a priori supprimée dans le texte final). Et elle propose un nouvel amendement pour la création d'un espace de liberté tarifaire, solvabilisé par les complémentaires. Enfin,

l'amendement n° 10 dénonce fortement la sanction financière des médecins qui n'alimenteraient pas le DMP. « Avant toute contrainte, il convient de garantir la portabilité gratuite et simple des données médicales entre logiciels métiers, et de lever les obstacles persistants à l'interopérabilité entre éditeurs, estime-t-elle. Nous demandons la suppression pure et simple de cet article inapplicable tant que les infrastructures, les outils logiciels et l'accompagnement technique ne sont pas pleinement opérationnels. » Enfin, dernière attente, la CSMF se prononce en faveur de la substitution dans le champ des biosimilaires, mais sous conditions. « Un patient ayant initié un traitement avec un médicament biologique similaire doit, sauf raison médicale ou indisponibilité, continuer à recevoir le même produit lors des renouvellements. »

VERS LE CONFLIT

Qu'en sera-t-il du résultat final, à l'issue du parcours chaotique de ce projet de loi ? Quelles que soient les mesures finales, la messe est dite : la LFSS 2026 s'annonce comme un projet liberticide pour la médecine libérale. Le rajout du projet France Santé porté par Sébastien Lecornu, qui supprime la notion de CPTS et prétend « nationaliser » les modalités d'accès aux soins non programmés, en constitue un nouvel avatar. Dès lors, les syndicats de médecins le savent et s'y préparent : la promulgation du texte, s'il est possible avant le 31 décembre, va ouvrir une période de conflit majeur entre le gouvernement et la profession médicale.

Mobilisation

Vers une lutte massive contre le budget 2026

L'intersyndicale commence à préparer la riposte « graduée » contre ce PLFSS, qui devrait culminer en janvier.

Tous unis contre la charge à 360° contre la médecine libérale, les syndicats de médecins libéraux n'ont pas tardé à s'organiser pour préparer une riposte massive et multiforme. « Ce texte fait disparaître la démocratie sanitaire au profit d'une planification étatique, supprimant la négociation conventionnelle et donnant à l'administration centrale le pouvoir de baisser unilatéralement les tarifs des consultations et des actes », ont dénoncé 11 organisations signataires dans un communiqué diffusé le 27 novembre.

UN MOUVEMENT MULTI-CIBLE

Comme agir efficacement, sans pour autant peser sur la qualité de prise en charge des patients ? C'est toujours la difficulté des mouvements sociaux dans le domaine de la santé. L'autre enjeu, c'est de pouvoir « taper là où cela fait mal », en menant des actions qui peuvent entraver la bonne marche du système, telle que les pouvoirs souhaitent la promouvoir. La mobilisation sera d'abord locale, avec un

soutien à la grève lancé par un collectif dans le Sud-Est, à partir du 3 décembre.

STOPPER L'ALIMENTATION DU DMP

Seconde étape, l'intersyndicale appelle à suspendre l'alimentation de leur DMP à compter également du 3 septembre, sur un point de crispation majeure, puisque le PLFSS entend sanctionner les praticiens qui ne le font pas. De même, les attaques contre le secteur 2 vont se traduire par une réponse propre à perturber la CNAM : le refus d'opter pour les nouveaux contrats OPTAM. Lesquels sont d'ailleurs contestés dans leurs modalités. La pénalisation du cumul emploi/retraite avant 67 ans, qui concerne notamment les femmes, appelle à une autre forme de riposte : annoncer dès 60 ans son départ à la retraite aux ARS. Les praticiens sont conviés par ailleurs à demander systématiquement la validation des arrêts de travail sur amelipro.

UNE GRANDE MANIF' DÉBUT JANVIER

Enfin, le mouvement de contestation va culminer du 5 au 15 janvier, avec un appel à la grève. Les praticiens sont invités à s'organiser pour planifier leur carnet de rendez-

vous dans cette optique. Et une manifestation à Paris est envisagée pour le 7 janvier. Au vu du niveau de colères, unissant toutes les générations et tous les statuts professionnels, la contestation s'annonce massive.



Franck Devulder
Président de la CSMF

La médecine libérale ne se laissera pas faire

Aux avant-postes du combat, Franck Devulder appelle l'ensemble de la profession à s'unir pour agir avec force et méthode contre le PLFSS 2026 et ses conséquences mortifères pour la médecine libérale.

Vous bataillez depuis plus d'un mois contre le contenu de ce PLFSS. En quoi ce texte est-il inacceptable pour les médecins libéraux ?

Ce texte marque une rupture historique : il sonne le glas de la médecine libérale. La démocratie sanitaire est sacrifiée, remplacée par l'étatisation de la santé et par la concentration de tous les pouvoirs aux mains de la CNAM et de l'administration publique. La fixation d'un ONDAM à + 0,9 % pour la médecine de ville, contre + 3,2 %, est une totale absurdité sur le plan économique et sanitaire. Elle programme de façon certaine le dépassement du budget imparti, tout simplement parce que les médecins ne vont pas s'arrêter subitement de soigner leurs patients. Les Français doivent le savoir, et nous allons le leur faire savoir : le gouvernement Lecornu s'apprête à aggraver les difficultés d'accès aux soins. Des millions de Français, demain, n'auront plus accès à leurs médecins traitants, mais également à l'expertise des médecins spécialistes. Cette fuite en avant, qui est aussi le fruit de la crise institutionnelle et de l'incapacité de politiques à comprendre ce qui est en jeu, se traduit par un texte rédigé sans concertation par la haute administration. Les médecins libéraux sont conscients de la nécessité de mieux employer la dépense. Mais cela ne peut être au prix d'une désagrégation du système de santé. Et nous paierons tous, les professionnels de santé comme les citoyens, les conséquences de ce qui se déroule actuellement au Parlement.

S'il est voté en l'état, le projet de loi consacre-t-il la fin du partenariat conventionnel ?

Le risque est réel, comme l'atteste l'article destiné à lutter contre les prétendues rentes de situation de certaines spécialités. Il donne tout pouvoir au DG de la CNAM d'imposer des baisses tarifs à défaut d'accord. Et le mécanisme va plus loin encore, en prévoyant le même schéma de décision pour le futur réseau France Santé, qui, au passage, n'est qu'une opération de marketing politique et n'améliorera en rien l'accès

aux soins. Désormais, les lois et les décrets d'application vont devenir la norme de gestion du système de santé, au détriment du contrat tel qu'il est pratiqué dans le cadre de la convention médicale. Nous nous interrogeons d'ailleurs sur le texte que nous avons signé en 2024, alors que l'Assurance Maladie ne respecte pas sa propre signature, et que les revalorisations tarifaires ont été gelées en juillet dernier. Le résultat, c'est qu'en renonçant à la cuture du contrat, l'État prend le risque de décourager l'exercice en libéral. Les jeunes générations de médecins y sont particulièrement exposées, et il est probable que la crise des vocations va s'aggraver. Veut-on en échange une médecine salariée, travaillant 35 heures par semaine, jamais les week-ends et jours fériés ? Veut-on en finir avec le médecin traitant qui suit son patient durant toute sa vie ? Veut-on allonger les délais d'accès à l'expertise de la médecine spécialisée en libéral, et alourdir encore la charge à l'hôpital ?

Comment les médecins doivent-ils se mobiliser pour changer le cours des événements ?

Il faut d'abord que l'intersyndicale fonctionne bien, ce qui est le cas jusqu'à aujourd'hui, sans gommer pour autant les spécificités de chaque syndicat. Nous devons tous être unis, soit l'ensemble des spécialités, des modes d'exercice et des générations, car c'est ensemble que nous pèserons face au gouvernement, mais également face aux parlementaires. Nous avons divers modes d'action à notre disposition, comme le refus d'alimenter le DMP, le refus de signature de l'OPTAM, le boycott des instances conventionnelles, la grève de la PDS ou des décrochages locaux d'activité. Nous devons également faire massivement du bruit, en interpellant les élus et en informant la population par tous les moyens disponibles. Nous devons enfin monter fortement en pression, sans relâcher l'effort, jusqu'à la semaine de grève du 5 au 12 janvier et à la manifestation à Paris le 7 janvier. L'expérience l'a déjà prouvé : la colère des médecins peut payer contre des mesures iniques, inefficaces et même contre-productives.



Bruno Perrouty
président des Spécialistes-CSMF

La marche accélérée vers l'étatisation

Pour le président des Spécialistes-CSMF, l'heure est grave. Les mesures contenues dans le PLFSS vont accroître la perte d'attractivité de l'exercice libéral, augmenter les délais d'accès aux consultations d'expertise et détourner l'activité vers les hôpitaux, pour des coûts bien plus élevés.

Le PLFSS 2026 suscite la colère généralisée de l'ensemble des spécialités médicales. Marque-t-il un tournant dans la politique de santé ?

Indéniablement, et s'il devait être adopté dans la version proposée par le gouvernement Lecornu, il constituerait une rupture majeure dans l'évolution de notre politique de santé. Outre l'extrême sévérité de l'ONDAM, qui pénalise gravement l'avenir de la médecine de ville, ce texte vise à en finir avec l'esprit du dialogue conventionnel. Trente ans après les ordonnances Juppé, qui organisaient la fin du paritarisme dans la gestion de la branche de l'Assurance Maladie, ce PLFSS représente une nouvelle étape sur la voie de l'étatisation du système de santé. La preuve la plus flagrante de ces intentions délibérées est symbolisée par l'article 24. Cet article stigmatise les radiothérapeutes et les néphrologues, après les biologistes et les radiologues l'an dernier, en les présentant comme des « profiteurs », alors qu'ils ne font que répondre à la croissance naturelle de la demande de santé liée au vieillissement. Surtout, il vise à systématiser la possibilité pour le DG de la CNAM de réviser unilatéralement la valeur des actes, rompant ainsi le dialogue et la confiance. Ne nous y trompons pas : d'autres spécialités sont d'ores et déjà dans le collimateur. Et l'avenir du système conventionnel, basé sur le respect du contrat signé entre les parties prenantes, paraît compromis.

Vous êtes également mobilisés contre la pénalisation du secteur 2. Pourquoi faut-il le préserver ?

Avec Frédéric Cordet, le président du SYNMAAD, nous avons publié un communiqué afin de rétablir quelques vérités, à partir d'éléments factuels établis par le HCAAM, l'IRDES et la commission parlementaire. Le tarif de la Sécurité Sociale n'est pas le reflet de la valeur d'un acte mais le montant auquel la solidarité nationale accepte de le rembourser. Créés en 1980 parce qu'il n'était pas possible de payer les actes à leur juste valeur, les dépassements d'honoraires sont en réalité des compléments d'honoraires compensant des tarifs obsolètes. L'augmentation globale du montant total des compléments d'honoraires est essentiellement liée à l'élargissement des conditions d'accès au secteur 2 en

raison des évolutions du post-internat et de l'augmentation des postes d'assistants spécialistes pour répondre aux besoins hospitaliers et donc de l'augmentation du nombre de praticiens exerçant dans ce secteur. Les spécialités aux revenus les plus élevés sont celles aux compléments d'honoraires les plus faibles, témoignant du lien inversement proportionnel entre tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale et compléments d'honoraires. Ce sont globalement les populations les plus aisées qui sont exposées aux compléments d'honoraires. Et aucune étude à ce jour ne démontre une quelconque entrave à l'accès aux soins par le secteur 2. Loin des interprétations idéologiques, ces réalités démontrent qu'il faut, certes, lutter contre les dépassements abusifs, mais également préserver et solvabiliser les compléments d'honoraires, sous peine d'aggraver la perte d'attractivité de la médecine spécialisée libérale.

“
Le tarif de la Sécurité Sociale n'est pas le reflet de la valeur d'un acte mais le montant auquel la solidarité nationale accepte de le rembourser.”

Si le PLFSS devait passer en l'état du texte initial, quelles en seraient les conséquences pour l'offre de médecine spécialisée ?

À force de contraindre, de paupériser et de désigner la médecine spécialisée à la vindicte publique, les autorités de santé vont accentuer la perte d'attractivité de la médecine libérale. En dix ans, les effectifs de spécialistes ont augmenté de 12 % à l'hôpital, mais diminué de 8 % en médecine de ville. Les déserts de spécialités progressent, allongeant les délais de rendez-vous. Ce sont les citoyens qui en font les frais. Je rappelle que la médecine spécialisée de ville assure 50 % des actes chirurgicaux et 70 % des consultations d'expertise au service de la population. Autant dire que les mesures sanctionnantes du PLFSS vont affecter encore davantage l'accès des Français aux soins dont ils ont besoin. Peut-on le tolérer, alors que les pathologies chroniques explosent et que les patients qui ne pourront pas être pris en charge en médecine de ville devront aller à l'hôpital, au prix d'une santé dégradée et de coûts d'intervention bien plus élevés ? Pour toutes ces raisons, nous appelons la profession à se mobiliser fortement pour peser sur la décision publique. Nous devons être unis et porter des revendications cohérentes, afin de changer le cours de la politique de santé engagé par ce PLFSS.



Luc Duquesnel
président des Généralistes-CCMF

Nous ne devons pas courber l'échine

Pour le président des Généralistes-CCMF, le PLFSS 2026 pousse la médecine libérale « dans la charrette des condamnés ».

Rarement, un PLFSS aura regroupé autant de mesures contraignantes pour la médecine de ville. Est-ce la mort programmée de la médecine libérale ?

Non, je ne le dirai pas ainsi, tout simplement parce qu'on ne peut se passer des performances de la médecine libérale. Les patients nous font toujours autant confiance, ils continueront de venir nous voir. Mais il est certain que les intentions de ce gouvernement vont continuer à aggraver les difficultés d'accès aux soins. Aujourd'hui, le pouvoir exécutif et les parlementaires semblent s'accorder pour faire porter à la médecine libérale la responsabilité des défaillances du système de santé. Dans ce PLFSS, les attaques sont multiples. Tout d'abord des attaques contre le médecin traitant avec la création « d'équipes de soins traitantes » sans médecin traitant et seulement composées de pharmaciens et infirmiers. Le discours délétère sur les prétendues rentes de situation de certaines spécialités en est aussi une parfaite illustration. C'est d'autant plus inadmissible que ces médecins ne font que répondre à une demande de soins en hausse, du fait du vieillissement et de l'explosion des maladies chroniques. Le ton de ce PLFSS, mais également du projet de loi contre les fraudes, laissent entendre que nous serions des fraudeurs, par exemple sur les arrêts de travail. Là encore, les médecins généralistes sont simplement à l'écoute de la souffrance des Français, au travail ou dans leur vie personnelle, dans une société qui va mal. Que dire, sinon, du projet de nous sanctionner financièrement pour non-remplissage du DMP, alors que nous sommes confrontés le plus souvent aux limites des logiciels métier ? Comment justifier la pénalisation du cumul emploi/retraite qui va toucher en priorité les femmes, quand nous avons tant besoin des jeunes retraités ? Liberticide, ce PLFSS est aussi « stupide » : sous couvert de dégager des économies urgentes, il programme une nouvelle étape dans la déliquescence du système de santé.

Sans oublier le taux d'ONDAM à + 0,9 %, qui sera immanquablement dépassé ?

En effet, car une telle enveloppe est intenable car inférieure à l'inflation, alors que la tendance naturelle des dépenses

est de l'ordre de + 4 % par an. Une fois de plus, les pouvoirs publics chercheront à nous faire porter le chapeau. Ils invoqueront le dépassement de l'enveloppe pour chercher à geler encore les revalorisations d'honoraires négociées avec la convention médicale. Ils accumuleront les contraintes, au risque de décourager encore davantage l'installation des jeunes générations. De fait, la catastrophe annoncée des Docteurs Juniors va contribuer au détournement de l'exercice libéral. C'est la voie ouverte pour des recrutements massifs dans les centres de soins non programmés, seulement ouverts aux heures de bureau et qui n'assurent pas le suivi des patients comme le font les médecins traitants. Nous devons réagir fortement, nous unir pour manifester massivement la colère des praticiens, alerter la population sur les conséquences en termes d'offre de soins et de continuité des parcours de soins.

“
Nous devons réagir fortement, nous unir pour manifester massivement la colère des praticiens, alerter la population sur les conséquences en termes d'offre de soins et de continuité des parcours de soins.”

Que pensez-vous, par ailleurs, de la proposition du réseau France Santé portée par Sébastien Lecornu ?

Sur le papier, l'objectif peut paraître louable, puisqu'il entend améliorer l'accès aux soins, en organisant l'accueil du lundi au vendredi et en garantissant une réponse en 48 heures. Sauf que, comme toujours, c'est dans les détails qu'il y a un loup. Par le biais d'un amendement au PLFSS, le gouvernement veut intégrer les CPTS dans ce réseau, en enlevant les termes « Professionnelle et Territoriale ». Tout intitulé fait sens : ces Communautés France Santé seraient déconnectées des professionnels qui sont à l'origine de leur

création, à l'échelle de leurs territoires d'exercice. D'ores et déjà et avant même que l'initiative soit votée, des ARS proposent déjà des chèques de 50 000 euros pour que les CPTS entrent dans le réseau France Santé. Nous n'y sommes pas opposés, à condition que les CPTS restent ce qu'elles sont aujourd'hui, qu'elles puissent y adhérer de façon volontaire, sur la base de cahiers des charges qui ne sont pas rédigés à l'heure actuelle, et à l'issue d'une négociation conventionnelle avec la CNAM qui prévoirait une majoration des actes comme pour le SAS.

CNOM : le pilier de la déontologie médicale

Autorité professionnelle de droit public, le Conseil National de l'Ordre des Médecins veille à l'éthique, à la compétence et à l'indépendance des praticiens. Il protège également la relation médecin-patient et défend la qualité des soins.

RÔLE ET COMPOSITION

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a été officiellement créé le 24 septembre 1945. Instance supérieure de l'Ordre des médecins, qui comporte également des conseils régionaux et départementaux, il est chargé de garantir la qualité, la déontologie et l'organisation de la profession médicale en France. Il veille au respect de l'éthique, à la compétence des praticiens et participe à l'élaboration des règles professionnelles. Le CNOM rassemble et fédère l'ensemble des médecins, quel que soit leur statut, leur mode d'exercice ou leur spécialité. Composé de soixante membres, élus ou désignés, il est structuré en quatre sections : éthique et déontologie, exercice professionnel, formation et compétences, et santé publique. Le CNOM joue également un rôle juridictionnel via la commission nationale d'appel et collabore avec les autorités sanitaires. Interlocuteur des pouvoirs publics, il émet des avis sur les textes réglementaires et défend la déontologie médicale dans les débats nationaux et internationaux.

CINQ MISSIONS SOCLES

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins remplit cinq missions essentielles. Il rédige et actualise le Code de déontologie, inscrit dans le Code de la santé publique, et exerce une fonction disciplinaire en cas de manquement. Il s'assure de la compétence et de la probité des médecins en tenant à jour le tableau des praticiens autorisés à exercer et en gérant les inscriptions. Conseils pour l'installation, choix du statut, assistance juridique, modèles de contrats, guides

pratiques, fonds d'entraide pour les situations difficiles... Le CNOM aide et accompagne les médecins tout au long de leur carrière. Il contribue à la qualité des soins, à leur accès et au respect des droits des patients, et garantit l'indépendance professionnelle vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et biomédicale. Il dialogue avec les pouvoirs publics, participe aux instances nationales, rend des avis sur les projets législatifs, et réalise aussi des enquêtes sur la démographie médicale, la sécurité des praticiens et la permanence des soins.

POUVOIRS ET TRANSPARENCE

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins dispose d'une autorité réglementaire limitée : il ne légifère pas, mais il peut établir des règles internes ou interprétatives pour encadrer la profession. Ses décisions disciplinaires ont une valeur juridique et peuvent être contestées devant le Conseil d'État. En cas de dérive grave ou de menace pour la santé publique, il peut saisir les autorités compétentes. Le CNOM intervient également dans les litiges entre médecins ou entre médecins et patients, en proposant des médiations et en donnant des avis consultatifs à la justice ou à l'administration. Il exerce un pouvoir disciplinaire via une chambre nationale qui statue en appel des décisions régionales et peut prononcer des sanctions allant de l'avertissement à la radiation. La transparence est également au cœur de son fonctionnement : chaque conseiller ordinal doit déclarer ses intérêts lors de son élection et actualiser cette déclaration en cas de changement durant son mandat. Un gage de crédibilité et d'intégrité pour l'institution.



LE CHIFFRE-CLÉ

241 255

C'était le nombre de médecins en activité au 1^{er} janvier 2025, selon le dernier Atlas de la démographie médicale. Un chiffre en hausse de 1,7 % par rapport à 2024.

LE FAIT MARQUANT

PLFSS 2026 : le CNOM monte au créneau

Dans un communiqué publié fin octobre, le Conseil National de l'Ordre des Médecins alerte sur les conséquences du PLFSS 2026. Un texte jugé dangereux pour l'équilibre du système de santé qui, derrière la logique comptable, relègue l'intérêt du patient au second plan, réduit le citoyen à une variable budgétaire, et fragilise la liberté de prescription, l'indépendance professionnelle et la responsabilité clinique des médecins. « Les mesures coercitives, imposées sans concertation, rompent le pacte de loyauté et risquent de provoquer une fracture sanitaire et sociale », prévient le CNOM, qui demande de recentrer le PLFSS sur la continuité des soins, de suspendre les sanctions, de réaffirmer la place du médecin comme acteur de la République ou encore de restaurer un équilibre entre responsabilité médicale, financement durable et solidarité nationale. La santé, rappelle-t-il, n'est pas une dépense mais un investissement essentiel pour la société.



La médicale
assure les professionnels de santé

LA MÉDICALE¹
assure près de
1 médecin sur 2² :
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.

Votre agent général La Médicale **est toujours proche de vous**



N°Cristal **0 969 32 4000**
APPEL NON SURTAXE



lamedicale.fr

¹ Les contrats sont distribués par les agents généraux du marché La Médicale - Professionnels de santé.

² 42,5 % des médecins ont souscrit au moins un contrat d'assurance auprès du marché La Médicale - Professionnels de santé au 31 décembre 2023.

La Médicale est une marque de Generali.

Document non contractuel à caractère publicitaire.

L'Équité - Société Anonyme au capital de 69 213 760 euros, 572 084 697 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances. N° d'identification unique ADEME FR232327_03PBRV. Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Generali Vie - Société Anonyme au capital de 341 059 488 euros, 602 062 481 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances.

N° d'identification unique ADEME FR232327_03PBRV. Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Photo : Getty Images

APC : comment éviter les pièges du contentieux

Revalorisé et mieux encadré, l'avis ponctuel de consultant confirme son rôle-clé dans la coordination des soins. Certaines précautions doivent toutefois être prises pour éviter les litiges. Recommandations d'usage.

UNE AVANCÉE CONVENTIONNELLE

APC, APY... Ces avis ponctuels, qui sont des consultations d'expertise de second recours, sont mieux reconnus depuis la signature de la nouvelle convention médicale. Outre une revalorisation tarifaire et un élargissement des bénéficiaires, le texte introduit deux dérogations majeures : une facturation possible dans les trois mois suivant une télé-expertise nécessitant une consultation physique et une facturation autorisée pour un patient hospitalisé sans médecin traitant, si un avis spécialisé est requis hors discipline du service. Pour lutter contre l'antibiorésistance, les infectiologues pourront également facturer un APC pour un avis sur une antibiothérapie (un seul par séjour). Le médecin consultant transmettra ensuite ses conclusions au médecin traitant, sans assurer de suivi continu, sauf urgence. Ces différentes évolutions doivent permettre de fluidifier le parcours de soins, de renforcer la coopération entre généralistes et spécialistes, mais aussi de sécuriser la facturation. La convention médicale prévoit, par ailleurs, un travail de fond sur la simplification et la pertinence des APC.

DES RÈGLES STRICTES

Un avis ponctuel de consultant peut être sollicité par un médecin traitant pour un problème diagnostique ou thérapeutique. Il s'agit d'un acte isolé qui doit aider à poser un diagnostic, à évaluer un traitement ou à éclairer un cas clinique. La réponse du consultant doit se faire par courrier et être archivée dans son propre dossier ainsi que dans le dossier médical partagé du patient. Cinq conditions sont requises pour que cette lettre-clé, strictement réservée aux spécialistes, soit correctement facturée : une identification du médecin

traitant, un avis circonstancié adressé à ce dernier, une absence de suivi habituel par le consultant, un non-cumul avec certains actes techniques lors de la même séance (exception faite des cardiologues, des gynécologues, des pneumologues et des rhumatologues) et un respect du parcours de soins coordonné. La valorisation des avis ponctuels de consultant repose sur la complexité de l'analyse, la rédaction d'un avis structuré et la responsabilité engagée.

TROIS TYPES DE CONTENTIEUX

Les contentieux concernent principalement trois domaines : administratif, civil ou ordinal. Un non-respect des règles de facturation (absence de médecin traitant déclaré ou de situation administrativement équivalente, non-respect des délais prévus, cumul d'actes interdit...), une facturation abusive pour des patients déjà suivis ou une non-conformité au parcours de soins peuvent entraîner des rappels d'honoraires, des indus et des sanctions conventionnelles, comme des avertissements ou des pénalités. À noter : les caisses primaires d'Assurance Maladie semblent ignorer que le médecin dont l'avis est requis peut réaliser une consultation spécialisée de synthèse (après avoir demandé un examen complémentaire) ou faire un examen technique après un APC. Deux possibilités pourtant prévues par la convention. En cas d'avis incomplet ou ambigu susceptible d'induire une mauvaise interprétation par le médecin requérant, la responsabilité médicale du consultant peut également être engagée. Il est donc recommandé de respecter les règles en vigueur, notamment en matière de facturation et de suivi, pour limiter les risques financiers, juridiques et déontologiques.

CONSEILS PRATIQUES

Plusieurs étapes sont essentielles pour sécuriser et optimiser la réalisation et la facturation d'un APC. Avant la consultation, vérifiez que vous ne suivez pas régulièrement le patient et archivez éventuellement la demande. Pendant la consultation, mentionnez le principe de l'avis ponctuel de consultant, analysez bien les documents, examinez le patient et rédigez un avis motivé. Après la consultation, finalisez votre avis, envoyez-le au médecin traitant par courrier et intégrez-le DMP, conservez la preuve d'envoi et facturez l'acte. Pour éviter les litiges, respectez scrupuleusement les critères NGAP, assurez une traçabilité complète et proscrivez tout cumul interdit. Des précisions sur les conditions d'utilisation des avis ponctuels de consultant seront prochainement apportées via un groupe de travail thématique prévu par la convention médicale. Si vous avez le moindre doute, faites-vous conseiller par un expert ou par le service juridique de la CSMF.



Votre temps est précieux. *Nous simplifions vos achats.*

L'expertise de CAHPP au service
des médecins de la CSMF



Un catalogue en ligne
en constante évolution



Des références leaders
sélectionnées chez des
fournisseurs engagés
RSE, à des prix attractifs



Scannez et accédez
à la plateforme !



ASSUMED

ASSUMED, c'est :
+ de 50 000 contrats souscrits
+ de 44 000 adhérents
l'association leader au service
de la prévoyance des médecins.

Dr Yves Decalf, Président

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



ASSUMED

79, rue de Tocqueville

75017 Paris

Tél. : 01 43 18 88 10



SN-MCR

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 2025

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