



Médecine libérale

La grande colère

Rencontre

Jean-François Moreul
Président de la FCPTS

Brèves Personnalités

Pierre Moscovici
Laurence Peyraut
Robert F. Kennedy
Michel Barnier

Pratique

Information des patients :
attention aux contrôles !



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.

Veillée d'armes pour la médecine libérale

La médecine libérale française est aujourd'hui au bord du précipice. Ce n'est ni un accident ni une fatalité. C'est le résultat de décisions politiques anciennes, répétées, et jamais assumées.

La réalité est pourtant simple et incontestable : la médecine libérale assure l'essentiel des soins dans notre pays. Huit consultations médicales sur dix, six actes chirurgicaux sur dix, l'immense majorité de la radiologie et des endoscopies digestives reposent sur des médecins libéraux. Ce sont eux qui font tenir, au quotidien, un système de santé déjà fragilisé.

Pourtant, ces médecins sont aujourd'hui désignés comme responsables d'une crise qu'ils n'ont pas créée. Pendant vingt ans, entre 1980 et 2000, les gouvernements successifs ont préférentiellement réduit le nombre de médecins formés, alors même que toutes les données démographiques et épidémiologiques étaient connues. La population a augmenté de quinze millions d'habitants, les maladies chroniques se multiplient, et la demande de soins n'a cessé de croître. Rien de tout cela n'a été anticipé.

Ce choix politique a un coût, et ce coût est désormais payé par la médecine libérale. En dix ans, le nombre de médecins libéraux a diminué de 12,5 %, tandis que six médecins généralistes sur dix ne sont plus médecins traitants. Dans le même temps, jamais le nombre de médecins salariés n'a été aussi élevé, jamais les créations de postes hospitaliers n'ont été aussi importantes. Ce contraste n'est pas le fruit du hasard : il traduit une orientation assumée, celle d'un affaiblissement progressif de la médecine libérale.

Ne nous trompons pas : les premières victimes de cette politique ne sont pas les médecins. Ce sont les patients. Car affaiblir la médecine libérale, c'est désorganiser l'accès aux soins, rallonger les délais, accentuer les inégalités territoriales et fragiliser l'ensemble du système de santé.

Face à des attaques inédites, la médecine libérale entre aujourd'hui dans une veillée d'armes. Du 5 au 15 janvier, elle cessera de répondre. Du 10 au 14 janvier, la quasi-totalité des établissements de santé privés sera à l'arrêt. Non par désinvolture, mais par nécessité. Sonnez l'alerte. Venez manifester le samedi 10 janvier à Paris. Transmettez cette invitation à vos patients. Pour résister. Pour éviter l'irréversible.

Car une certitude s'impose : sans médecine libérale, c'est la santé de nos concitoyens qui est en danger.

Dr Franck Devulder,
Président de la CSMF

4 | Rencontre

Jean-François Moreul
Président de la FCPTS

6 | Brèves Personnalités

4 personnalités
Revenus : 121 000 euros nets en moyenne en 2023
Mutuelles : des cotisations en hausse pour 2026
En chiffres

8 | Dossier

Médecine libérale : la grande colère

14 | Société Santé

Vaccins ARNm : aucun risque de surmortalité à long terme
Stratégie décennale contre les cancers : bilan et perspectives
Santé des Français : une année mitigée

15 | Coordination Santé

Centre-Val de Loire, Pays de la Loire, Corse

16 | à Quoi ça sert ?

Agences Régionales de Santé : un modèle à bout de souffle ?

18 | Pratique

Information des patients : attention aux contrôles !

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 Novembre 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.

Jean-François Moreul
Président de la FCPTS

Il faut soutenir l'essor des CPTS

Médecin généraliste, installé à Bécon-les-Granits (Maine-et-Loire), Jean-François Moreul y préside la CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu. Et, en février dernier, il a été élu à la présidence de la Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Au moment où ces structures territoriales sortent de deux mois de débats polémiques tenus durant la discussion du PLFSS, il fait le point sur leur développement, au service de la coordination, de la promotion et de l'accès aux soins.

PRÈS DE DIX ANS APRÈS LEUR CRÉATION, OÙ EN SONT LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS) ?

Créées en effet en 2016, à l'occasion de la loi de Modernisation de Notre Système de santé, et destinées à coordonner les initiatives des professionnels de proximité à l'échelle de territoires prédéterminés, les CPTS ont connu un essor rapide à partir de 2019. Soutenues par un engagement fort des pouvoirs publics, via des financements, elles sont passées d'une vingtaine en 2018 à près de 800 aujourd'hui. L'Accord Cadre Interprofessionnel, négocié à l'époque avec les syndicats représentatifs des professions concernées, a permis de dégager des moyens de financement, adaptés aux quatre tailles de CPTS prévues par l'ACI : moins de 35 000 habitants, de 35 à 80 000 habitants, entre 80 et 150 000 habitants et au-delà de 150 000 habitants. Six missions sont définies par la loi. Quatre d'entre elles sont obligatoires : amélioration de l'accès aux soins, organisation des parcours de soins, développement d'actions territoriales de prévention, participation à la réponse aux crises sanitaires graves. Deux autres sont optionnelles : développement de la qualité et de la pertinence des soins et accompagne-

ment et soutien au bien-être des professionnels de santé. Le financement des CPTS fonctionne à deux niveaux : une part dédiée au fonctionnement et versée à sa création et une part, mi-fixe mi-variable, versée en fonction des missions développées.

LES CPTS ONT ÉTÉ FORTEMENT DÉBATTUES DURANT LE DÉBAT DU PLFSS, NOTAMMENT SUR LA BASE D'UN RAPPORT DE LA MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (MECSS) DU SÉNAT. QUEL BILAN FAITES-VOUS, AU TITRE DE LA FCPTS, DU CHEMIN PARCOURU ?

L'engagement des professionnels de santé dans le mouvement des CPTS est indéniable, comme en témoigne le nombre de structures en fonctionnement, ou celles qui sont en cours d'élaboration. Aujourd'hui, 90 % du territoire national est couvert par l'action des CPTS. Bien sûr, le niveau de maturation des projets peut varier, selon la capacité des professionnels à se mobiliser, le taux d'engagement des porteurs de projets ou les circonstances locales d'exercice. Selon les données que nous avons recueillies, une partie



des CPTS répondent déjà largement aux attentes. Près de 100 % d'entre elles se sont par exemple engagées dans des projets visant une meilleure coordination entre l'Hôpital et la Ville, qui reste l'un des enjeux majeurs pour améliorer les parcours de soins des patients, en particulier après une sortie d'hospitalisation. Huit sur dix ont également mis en œuvre une organisation des soins non programmés. Par ailleurs, et contre toute attente, elles se sont investies dans le champ de la prévention, même si beaucoup déplorent l'insuffisance de moyens mis à disposition. La crise sanitaire a également joué un rôle positif, en incitant certaines CPTS à mettre au point des plans d'urgence pour anticiper de nouvelles pandémies. Enfin, sur la pertinence des soins, de nombreuses CPTS développent des formations pluri-professionnelles dans les territoires, ainsi que la formation sur l'analyse des pratiques.

IL A ÉTÉ QUESTION D'INTÉGRER LES CPTS DANS LE RÉSEAU FRANCE SANTÉ. QUELLE A ÉTÉ VOTRE RÉACTION ?

L'annonce a surpris tout le monde, car il faut rappeler que les CPTS ont été conçues pour organiser la réponse aux demandes de soins sur les territoires qu'elles couvrent, mais sans se rendre visibles auprès des populations ni être effectrices de soins. Elle nous a été présentée lors de notre colloque national, les 5 et 6 novembre, par la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, à l'occasion d'une intervention en visio. Mais, excepté l'annonce, rien n'a été précisé sur le rôle de ce réseau, sur le cahier des charges à respecter et sur les modalités d'accompagnement. Nous avons sollicité l'avis des CPTS, et 30 % seulement d'entre elles ont déclaré ne pas

souhaiter jouer le rôle du réseau. Actuellement, la FCPTS accompagne les CPTS qui souhaitent jouer ce rôle. Là où les MSP ne souhaitent pas être labellisées, les CPTS sont déjà interrogées par les ARS et les préfets, afin de donner de la visibilité à l'offre de soins via le label France Santé. Il faudra voir à l'usage comment les CPTS pourront contribuer – ou non – au développement de ce réseau.

FACE AUX CRITIQUES DE LA MECSS DU SÉNAT, NOTAMMENT SUR LE DÉFAUT DE PILOTAGE DU FINANCEMENT DES CPTS, COMMENT LA FCPTS SE POSITIONNE-T-ELLE ?

La MECSS, de même que la Cour des Comptes, s'attachent en effet à déplorer l'absence de pilotage adapté des financements reçus par les CPTS. Elles critiquent notamment le fait qu'à défaut de fongibilité des enveloppes finançant les différentes missions, certaines sont surfinancées et d'autres insuffisamment. C'est le cas par exemple pour la gestion de crise sanitaire, alors que la prévention n'est, elle, pas dotée des moyens nécessaires. Nous sommes favorables à une plus grande souplesse dans la répartition des financements. Et nous sommes conscients que l'exigence de l'État va devenir croissante et que notre rôle, à la FCPTS, est d'accompagner les porteurs de CPTS vers une plus grande transparence et une meilleure gestion. C'est dans ce sens que nous proposons la solution Vade-Mecum, pour les faire monter en compétences. De façon plus large, il faut laisser du temps aux CPTS, avant qu'elles ne soient réellement en mesure d'agir de façon efficace. L'expérience montre que la plupart atteignent leur maturité trois à quatre ans après leur création.



Pierre Moscovici

Président de la Cour des Comptes

Mi-novembre, la Cour des Comptes a publié un rapport alarmant sur la stratégie française de l'IA, lancée en 2018 à l'issue du rapport Villani. L'institution s'arrête notamment sur la partie de cette stratégie consacrée à la santé, estimant « *qu'on ne voit pas de plan systémique et massif dédié à son développement* », alors que la thématique est clairement en tête des priorités. Le rapporteur François Kruger évoque à ce titre « *le drame du Health Data Hub* », qui représente « *de l'or en matière de data, mais n'a pas fonctionné* ». Le HDH reste empêtré dans la polémique sur le choix de l'américain Microsoft Azure en tant qu'hébergeur des données, avec un risque potentiel de fuite de ces données vers les États-Unis, et des menaces pour la souveraineté européenne sur ce plan.



Laurence Peyraut

Directrice générale du LEEM

Le LEEM a présenté début décembre son enquête annuelle sur l'emploi pharmaceutique en France. En 2024, le secteur reste en très légère croissance – + 1,1 % – mais se ralentit par rapport à l'année précédente. Plusieurs indicateurs inquiètent les industriels de la pharmacie, comme une baisse de 12 % des recrutements d'alternants en 2025, moins d'embauche chez les jeunes et les salariés, moins de signatures de CDI. Le syndicat professionnel y voit l'une des conséquences des plans d'économies massifs imposés au médicament depuis des années mais également les effets de la politique américaine visant à baisser les prix des traitements aux États-Unis. Une démarche appelé à durcir les négociations de prix en Europe, mais également à disqualifier les pays à bas prix, comme la France, en termes d'accès à l'innovation.

REVENUS

121 000 euros nets en moyenne en 2023

La CARMF a publié début décembre son palmarès des revenus par spécialités en 2023. Elle s'appuie sur une nouvelle méthodologie, incluant les forfaits, la gérance et les produits financiers type Madelin, pour un tableau jugé plus précis. Le revenu net moyen s'établit à 121 000 euros, en hausse de 2 %, soit deux points de moins que l'inflation cette année-là. Mais, comme toujours, la moyenne cache de fortes disparités, notamment entre les spécialités techniques et les spécialités cliniques. En haut du palmarès, les oncologues ont perçu en moyenne 366 246 euros, loin devant les médecins nucléaires (231 473 euros), les anesthésistes (209 906 euros) et les ophtalmologues (200 958 euros). La médecine générale s'affiche à 89 238 euros, tandis que la gynécologie médicale (78 008 euros), la santé publique (74 018 euros), la médecine d'urgence (62 381 euros) ferment la marche. Dans l'ensemble, le « crû » 2023 peut être jugé

moyen, avec de fortes baisses, par exemple pour les biologistes en année post-Covid (– 21 %), la génétique (– 7,6 %), ou l'hématologie (– 7 %), alors que certaines spécialités progressent nettement. C'est le cas de la médecine légale (+ 29 %), la gériatrie (+ 10,4 %) ou l'allergologie (+ 10,9 %).

MUTUELLES

Des cotisations en hausse pour 2026

C'est désormais coutumier : les cotisations demandées aux assurés par les complémentaires santé vont encore augmenter de façon soutenue en 2026, à hauteur de + 4 %, selon la FNMF, dont + 4,3 % pour les contrats individuels et + 4,7 % pour les contrats collectifs. En cinq ans, elles auront augmenté de + 22 %, un phénomène qui s'explique, selon la Mutualité, par les transferts réguliers de charge



Robert F. Kennedy

Secrétaire américain à la santé

Le secrétaire américain à la santé, connu pour ses thèses complotistes et son obsession antivax, n'en finit plus de démanteler la politique de santé publique de son pays. Après s'être attaqué aux vaccins contre la Covid, son administration veut à présent retirer la recommandation en faveur de la vaccination des enfants contre l'hépatite B. Une nouvelle étape jugée problématique par ses adversaires, et qui s'ajoute aux purges effectuées dans les administrations de la santé et aux suppressions budgétaires pour les travaux de recherche défavorablement appréciées par le camp de Donald Trump. Une élue démocrate a entamé une procédure de destitution de Robert F. Kennedy, mais sans succès à défaut d'une majorité démocrate à la Chambre des Représentants.



Michel Barnier

Ancien Premier ministre

L'éphémère Premier ministre du dernier trimestre 2024 l'avait annoncé dès les premières heures de sa prise de fonction. La santé mentale est devenue la Grande Cause Nationale en 2025. Redevenu député de Paris, Michel Barnier a obtenu de Sébastien Lecornu le prolongement de ce label pour 2026. Un choix logique, face à l'ampleur de la tâche. En l'annonçant, le gouvernement a précisé le cap tracé pour l'an prochain en posant ses priorités : renforcer la coordination interministérielle, appuyer les familles, les associations, les territoires et intégrer la santé mentale dans toutes les politiques publiques, de l'école au travail en passant par l'aménagement urbain.

dans le cadre des LFSS, mais également par le vieillissement et la montée des pathologies chroniques. Le président de la FNMF, Éric Chenut, évoque 400 millions d'euros de transfert au titre des IJ pour 2026. Et encore, la hausse ne tient pas compte de la nouvelle contribution exceptionnelle à 1,02 milliard d'euros, finalement votée par la LFSS 2026. L'argumentaire des complémentaires santé est cependant contestée par la DREES, qui indique dans une étude que « les cotisations perçues ont augmenté plus vite que les prestations versées et les charges de gestion », les prestations versées représentant « 79 % des cotisations prélevées ».

en Chiffres

1,62

C'est en 2024, selon l'INSEE, le nombre moyen d'enfants par femme, contre 2 en 2014, faisant peser un risque élevé sur le renouvellement des générations en France.

50 %

C'est la part de la population mondiale qui sera atteinte de myopie en 2050, un pourcentage qui touche déjà 80 % à 90 % des 17-18 ans dans les zones urbaines de l'Asie.

30 %

C'est la baisse du temps consacré par les médecins aux tâches administratives grâce aux assistants médicaux dotés d'intelligence artificielle, selon une étude européenne menée par Capio (Ramsay Santé) en Suède sur plus de 375 000 comptes rendus médicaux.



Médecine libérale : la grande colère

En dépit des évolutions de la LFSS, les médecins libéraux sont massivement en colère. La coupe est pleine, alors que les débats au Parlement ont multiplié les attaques contre la profession, rendue responsable de la dérive des comptes de l'Assurance Maladie. La mobilisation s'annonce historique.

« À partir du 5 janvier, la médecine libérale ne répond plus. » Le 17 décembre, les syndicats médicaux au grand complet publiaient un communiqué commun pour appeler la profession à la grève et à la manifestation. « La Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2026 acte un choix clair : celui d'étouffer la médecine libérale par des mesures répressives, estiment les syndicats. Le Gouvernement et certains parlementaires ont décidé d'ouvrir la voie à une baisse autoritaire des actes de la CCAM, d'imposer des amendes massives aux médecins n'utilisant pas le DMP (Dossier Médical Partagé), de pénaliser financièrement les cosocérateurs, mères de famille, en cumul emploi-retraite, de restreindre toujours davantage la liberté de prescription, de fragiliser tous les modes d'exercice... et, in fine, la santé des Français, de réaliser une année blanche de la médecine générale sans aucune nouvelle installation avec

la mise en place de la 4^e année de médecine générale. Avec la PPL « lutte contre les fraudes », ils imposent les MSO (Mise Sous Objectifs). Avec les PPL Garot et Mouiller, ils suppriment la liberté d'installation. Avec la mission sur la décentralisation, ils préparent une planification étatique de la santé, sans les médecins, sans les soignants, sans les usagers. »

AGIR MASSIVEMENT

Tout est dit dans ces quelques lignes, résumant les débats récents, et au-delà plus de deux ans d'attaques récurrentes contre l'indépendance professionnelle. Derrière cette colère, c'est le sentiment d'être mis au pilori, rendus responsables de la dérive des dépenses, stipendiés pour les difficultés d'accès aux soins des Français, désignés comme des rentiers qui profiteraient du système. Entre le 5 et le 15 janvier, les

praticiens sont appelés à s'organiser pour fermer leur cabinet, avec cinq jours spécialement dédiés du 10 au 14 janvier. Et le 10 janvier une grande manifestation est attendue à Paris. La mobilisation se profile massivement. Quant à la grève, bien sûr, elle sera conditionnée par les conditions d'exercice local, la nécessité de répondre présent face aux demandes de soins urgentes de la part des patients. Et d'autres moyens d'action sont proposés, comme le boycott de l'alimentation du DMP, le décrochage de la PDS-A et des astreintes, la grève des formalités administratives...

COMME AU TEMPS DU PLAN JUPPÉ...

Unique dans l'histoire du syndicalisme médical, ce mouvement de protestation rappelle les grandes heures de la bataille contre le plan Juppé il y a près de trente ans. Plus que les sanctions financières, c'est l'attitude des pouvoirs

publics et des parlementaires que les médecins libéraux entendent combattre. En se faisant entendre massivement de la population, ils souhaitent peser dans les décisions à venir. Outre l'application de la LFSS 2026, le but est de faire pression sur les appareils politiques, alors que la campagne présidentielle devrait s'engager dans la foulée des élections municipales, en mars prochain.

BIEN SE PRÉPARER

Afin d'aider les médecins à bien s'organiser, et surtout à respecter les conditions légales pour réussir le mouvement, la CSMF met à disposition des informations pratiques sur son site. Comment se désengager de la PDS-A, du SAS, de la PDS-ES, comment fermer son cabinet, comment gérer son personnel, comment agir en cas de réquisition... à lire sur www.csmf.org

PLFSS : les neuf points-clés à retenir

L'exercice fut certes démocratique, mais révélateur de la profonde crise politique qui traverse le pays. Ce qu'il faut retenir de deux mois de débats hors-sols, ponctués par un texte sans colonne vertébrale.

Dès le départ, l'affaire était mal engagée. Pour son second gouvernement, après la tragi-comédie du premier, Sébastien Lecornu héritait d'un PLFSS concocté par la haute-administration, promettant un tour de vis budgétaire historique, avec sept milliards d'euros d'économie, un ONDAM à + 1,6 %, dont + 0,9 % pour la médecine de ville et des mesures jugées inacceptables pour l'opinion publique comme le doublement des franchises médicales ou la restriction du périmètre des ALD. À défaut d'une majorité parlementaire, et menacé par le couperet de la motion de censure, le « moine-soldat » du président de la République promettait de ne pas recourir au 49-3. Dès lors, le destin de ce PLFSS semblait scellé. La course contre la montre – 50 jours pour l'adoption du texte – ne permettrait sans doute pas d'aboutir dans les délais. Ce qui signifiait qu'il faudrait, comme l'an dernier, rediscuter en début d'année prochaine pour espérer disposer d'un budget de la Sécurité Sociale. Fin 2024, la discussion du PLFSS avait précipité la chute de Michel Barnier, et la version finale n'avait été votée que le 28 février 2025.

Au bout du compte, et il faut le mettre au crédit de l'équipe Lecornu, un consensus a pu être obtenu sur la ligne, avec le vote du texte final par l'Assemblée Nationale le 12 décembre, date limite légale fixée par la Constitution. Une victoire politique sans lendemain, puisque l'exécutif ne parvenait pas à rééditer la performance avec le Projet de Loi de Finances. Surtout, les centaines d'heures de débat, les allers et retours ubuesques entre les deux Chambres et les prises de position souvent hors sol de quelques parlementaires n'auront servi à rien. Si ce n'est, bien sûr, à « déboguer » certaines des mesures les plus inacceptables du texte initial.

Il faut, sur ce point, saluer l'engagement de la CSMF pour obtenir des évolutions notables. Les circonstances politiques ont également pesé favorablement. Le Premier ministre a su négocier avec les députés du PS pour dégager un consensus. Le parti d'Olivier Faure, qui a trop à perdre en cas de dissolution, et dont le vote était nécessaire pour éviter la chute du gouvernement, a ainsi pu faire geler la réforme des retraites, supprimer le doublement des franchises médicales ou restreindre la réforme de la prescription des indemnités journalières. Surtout, les parlementaires ont pu faire bouger l'économie générale du texte – une première – en faisant voter un ONDAM rehaussé, désormais établi à + 3,1 %.

Pourtant, la copie définitive ne peut satisfaire personne. Avec un déficit pour la Sécurité Sociale prévu à 19,3 milliards d'euros en fin d'année (incluant les 10 milliards d'euros de déficit lié à l'effet stock du Ségur de la Santé non financé), le texte perpétue la logique de la dette, n'apporte que peu de mesures restructurantes et ne contribue guère à la transformation nécessaire du système de santé. Face aux enjeux de moyen et long terme posés par la transition démographique et épidémiologique, les pouvoirs publics n'affichent aucune vision prospective. Forcés de boucler dans la précipitation, d'une année sur l'autre, des équilibres budgétaires de façade, ils imposent aux acteurs de santé des économies mal comprises, mal acceptées, et qui génèrent une perte d'attractivité pour les métiers du soin. La raréfaction probable des talents et compétences dans le secteur de la santé est bien identifiée comme un risque majeur pour les dix prochaines années, mais rien n'est fait, aujourd'hui, pour y répondre.

VOICI LES NEUF POINTS-CLÉS À RETENIR DE CE TEXTE

- **Un déficit aggravé.** La décision d'établir à 19,4 milliards d'euros le solde de la Sécurité Sociale (contre 17,5 milliards d'euros envisagés) oblige à abonder à nouveau la charge de la CADES de 15 milliards d'euros, dont l'existence est maintenue à l'échéance de 2033, mais avec une pression supplémentaire pour emprunter sur les marchés financiers internationaux. L'apurement de la dette de la Sécurité Sociale coûtera plus cher et pénalisera l'économie du pays. Par ailleurs, ce chiffre de déficit a été obtenu avec un transfert exceptionnel de trésorerie consenti par l'État, sans lequel l'addition finale aurait été de - 24 milliards d'euros.
- **Un ONDAM relevé... mais insuffisant.** Certes, l'ONDAM initial à + 1,6 % était le signe d'une catastrophe annoncée en matière de dérapage des comptes. Pour autant, la hausse de l'objectif reste éloignée de la tendance naturelle des dépenses, évaluée à + 4 % par an. Autant dire qu'une nouvelle purge réclamée par le Comité d'alerte en juin prochain n'est pas à écarter.
- **L'hôpital, un sanctuaire à ne pas toucher.** Dès les débuts du débat parlementaire, les oppositions sont montées au créneau pour protéger l'hôpital. Plus d'un milliard d'euros ont d'abord été dégagés, avant le vote d'un sous-objectif à + 3,3 %. Ces nouveaux moyens, qui s'ajoutent aux milliards déversés ces dernières années dans le cadre du Ségur de la Santé, s'effectuent à périmètre constant, sans ambition de réforme pour moderniser son fonctionnement. Le « tonneau des Danaïdes » continue de se remplir, au détriment de la qualité des soins et du nécessaire virage ambulatoire.
- **La médecine de ville toujours épinglée.** Bien sûr, le secteur des soins de ville s'en sort mieux que prévu, alors que le sous-objectif initial était envisagé à + 0,9 %. Pour autant, la fixation du taux d'augmentation à + 3,1 % relève du tour de passe-passe financier. Les économies prévues sont maintenues, au prix d'une remise en cause du partenariat conventionnel.
- **Le discours sur les rentes en toile de fond.** Les syndicats médicaux ont gagné une bataille en faisant supprimer

l'article qui désignait explicitement des « rentes financières » au profit de quelques spécialités techniques. Mais, si la mention ne figure plus dans la loi, les intentions sont toujours là. Les députés ont voté l'article 26 quater, qui donne le pouvoir au directeur de la CNAM d'imposer des baisses de tarifs six mois après l'échec d'une négociation. Une menace évidente contre la logique conventionnelle, au vu de l'attitude de la CNAM. Et, cette fois, toutes les spécialités sont concernées.

- **DMP : la pénalisation maintenue.** En cas de non-alimentation du DMP du patient (sur Mon Espace Santé), les professionnels de santé sont susceptibles, à partir d'un seuil fixé par décret, de devoir s'acquitter d'une pénalité financière pouvant aller jusqu'à 10 000 euros par an. En outre, le même article prévoit une consultation systématique du DMP avant tout acte onéreux, dont la liste sera définie par décret. Ces mesures interviendront à compter de 2028.
- **Des arrêts de travail sous contrôle.** Désormais, toute prescription d'arrêt de travail ne devra pas excéder une durée fixée par décret. Cette limite ne pourra pas être inférieure à un mois en primo-prescription et à deux mois en renouvellement. Cette mesure est à rapprocher de la PPL actuellement en discussion, et qui prévoit de systématiser la mise sous objectifs pour les plus gros prescripteurs d'IJ.
- **Prévention : de nouvelles obligations vaccinales.** La loi oblige les professionnels de santé ainsi que ceux de la petite enfance à s'immuniser contre la rougeole. Elle rend également obligatoire la vaccination contre la grippe saisonnière pour les seuls libéraux et ceux qui exercent en SEL. La mesure reste suspendue à un avis en ce sens de la HAS. Et une attestation vaccinale annuelle est obligatoire pour les résidents en EHPAD.
- **Un cumul emploi-retraite moins attractif avant 67 ans.** Entre l'âge légal de départ à la retraite et 67 ans, la loi décide d'écrêter à 50 % le montant de la pension à partir d'un seuil fixé par décret et proposé à 7 000 euros.



CPTS

Un avenir en suspens

Créées en 2016 dans le cadre de la loi de Modernisation de Notre Système de Santé, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) progressent pas à pas, maillant aujourd'hui 90 % du territoire hexagonal. Mais la question de leur rôle se pose, au moment où le gouvernement lance le réseau France Santé.

Largement soutenues par les pouvoirs publics, financées par l'Assurance Maladie par le biais d'un Accord-Cadre Interprofessionnel, les CPTS doivent répondre à plusieurs missions définies par la loi : améliorer l'accès aux soins, organiser les parcours de soins pluriprofessionnels autour du patient, réaliser des actions de prévention à l'échelle territoriale, contribuer à la qualité et à la pertinence des soins, organiser la réponse aux crises sanitaires graves, accompagner les professionnels de santé. En huit ans, leur nombre n'a cessé d'augmenter, avec près de 800 structures recensées, certaines étant encore en voie de constitution.

ENGAGÉES DANS L'ACCÈS AUX SOINS

Où en sont les CPTS dans la réalisation de ces missions ? En mars dernier, la FCPTS réalisait une enquête auprès de 300 d'entre elles, qui témoigne de réelles avancées. Ainsi 90 % d'entre elles déclarent travailler avec les centres hospitaliers, 87 % avec les communautés territoriales, 83 % avec les MSP. L'organisation locale des soins non programmés vient en tête des actions menées, avec 69 % de projets en cours. Et 63 % d'entre elles participent aux SAS. 70 % s'attachent à organiser les demandes de recherche de médecins traitants demandées par les patients. Et 45 % établissent une liste des patients sans médecin traitant. Les travaux sont en revanche moins avancés sur le développement des protocoles de coopération (40 %), sur le développement de l'accès direct (38 %) ou sur la mise en place d'une plateforme d'orientation des demandes de soins (23 %). 90 % mènent par ailleurs des actions de communication pour mettre en valeur l'attractivité du territoire. Et 70 % s'emploient à promouvoir l'accueil des étudiants en stage.

DES FRAIS DE FONCTIONNEMENT CONTESTÉS

Ces données montrent que la dynamique est lancée. Cependant, en octobre dernier, un rapport publié par la MECSS du Sénat est venu apporter la polémique. Évoquant « des résultats concrets mais inégaux », la mission pointe notamment la faible adhésion des professionnels (25 % des généralistes en moyenne, 9 % des kinés...). Surtout, elle s'étonne du « faible pilotage » des financements dévolus aux CPTS, soit environ 250 millions d'euros pour les 700 CPTS adhérentes à l'ACI au moment de l'enquête. Elle appelle également à un meilleur contrôle de ces financements, alors que les dépenses de fonctionnement sont jugées trop élevées par rapport aux dépenses effectivement mises au service des missions.



Stéphanie Rist

QUEL RÔLE POUR FRANCE SANTÉ ?

Ces critiques expliquent-elles la tonalité des débats sur les CPTS, à l'occasion du débat du PLFSS ? En complément de l'annonce par Sébastien Lecornu de la création du réseau France Santé, la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, intervenait le 5 novembre, lors du congrès de la FCPTS, pour indiquer le dépôt d'un amendement gouvernemental. But du projet : rebaptiser les CPTS en « Communautés France Santé », avec pour mission de contribuer au déploiement et à la structuration du réseau France Santé. Si le changement de dénomination a finalement été abandonné, la mesure figure bien dans la version finale du PLFSS. Et il appartiendra à la CNAM de négocier un nouvel ACI, pour déterminer conventionnellement les modalités d'intervention des CPTS dans le cadre du réseau France Santé. S'agit-il d'une simple « clarification » de leur rôle, comme s'y engage la ministre ? Ou d'une reprise en main par un État de plus en plus autoritaire vis-à-vis du monde libéral ? Et veut-on faire évoluer les CPTS vers une fonction d'effecteur de soins à l'échelle des territoires ? Les paris sont ouverts, dans l'attente de la négociation de l'ACI.



Pierre-Marie Coquet
Généraliste à Maubeuge

« Faites-nous confiance ! »

« Comme tout le monde, j'ai été surpris par l'annonce du Premier ministre concernant la création du réseau France Santé. Outre le côté marketing du projet, qui évidemment est à comprendre dans le cadre des prochaines élections municipales, on peut imaginer que l'idée vient d'Emmanuel Macron. Même si le projet, en soi, n'a rien de choquant, on peut s'interroger sur l'absence de concertation préalable.

Le président de la République avait déjà fait le coup il y a deux ans avec l'expérimentation d'un système de capitation à la française, inscrit dans la convention au titre des expérimentations de type PEPS. La preuve que les médecins libéraux sont ouverts aux nouveautés, c'est que, parmi les 32 membres qui composent la SISA que nous avons créée (l'une des plus importantes de France), 14 se sont engagés pour tester ce modèle de capitation.

De façon globale, ce que je voudrais dire à nos dirigeants, c'est que les médecins libéraux, et l'ensemble des professionnels de terrain, sont déjà très impliqués en faveur de l'accès aux soins. Les conditions posées par le label France Santé, comme la réponse en 48 heures aux demandes de soins, sont assurés par la connexion au SAS, qui renvoie lui-même sur les deux cabinets d'astreinte que nous avons créés dans le cadre de notre MSP de Maubeuge.

J'ai par ailleurs une IPA, ce qui soulage considérablement mon quotidien en me permettant de dégager du temps d'expertise médicale.

Par ailleurs, la CPTS que nous avons mis en place sur notre territoire fonctionne à plein régime pour optimiser la réponse aux soins non programmés, favoriser la coordination, promouvoir l'exercice auprès des plus jeunes et déployer des actions de prévention et d'éducation à la santé pour les populations.

Alors, de grâce, faites-nous confiance, arrêtez d'ajouter des couches au mille-feuilles organisationnel, et ne changez pas les règles du jeu au moindre changement de gouvernement ! »

Christine Kowalczyk
Présidente de l'URPS-ML Océan Indien

« Les CPTS ne sont pas des effecteurs de soins »

« Vue de La Réunion, les péripéties du PLFSS, avec des mesures changeant du tout au tout du jour au lendemain, nous ont parues profondément déconnectées des réalités du terrain. Certes, le texte a évolué favorablement, et il faut en féliciter les syndicats, et tout particulièrement la CSMF pour son action. Il reste que la mobilisation, du 5 au 15 janvier, demeure nécessaire, car nous devons être unis face aux intentions anti-libérales des pouvoirs publics.

En ce qui concerne le projet de réseau France Santé, je pense que nous ne sommes pas directement concernés, car l'accès aux soins se déroule plutôt dans de bonnes conditions. Nous ne travaillons pas sur rendez-vous et nous nous organisons efficacement pour répondre à la demande de la population. La CPTS joue un rôle important en ce sens, ainsi que sur la coordination interprofessionnelle. Et le défi est également de déployer des programmes d'éducation

populationnelle à la santé, face à la prévalence importante de maladies chroniques comme le diabète, mais également face à la résurgence régulière des pathologies infectieuses.

La CPTS s'investit par ailleurs dans la formation de référents pour aider les praticiens dans leur parcours de santé personnel. Face au débat actuel sur le devenir des CPTS, je tiens à rappeler qu'elles ne sauraient être des effecteurs de soins. En revanche, elles constituent un échelon essentiel pour créer le lien et la confiance entre les acteurs de santé territoriaux, et donc pour favoriser de meilleurs parcours de soins pour les patients. »





Sylvaine Le Liboux

Vice-présidente des Généralistes-CSMF,
coordinatrice de la MSP multisites Médival, référente médicale libérale du SAS 36

« France Santé, une bonne idée... sur le papier »

« Sur notre territoire, où nous nous sommes fortement organisés et depuis longtemps pour faire face aux tensions importantes en matière d'accès aux soins, nous avons eu des difficultés à comprendre ce que voulait le Premier ministre avec le réseau France Santé. Voilà une annonce qui vient de nulle part, et qui promet des services aux Français sans préciser leurs modalités de déploiement.

Les représentants des 17 MSP de notre territoire ont été invités par l'ARS, en nous demandant de signer l'adhésion avant le 31 décembre 2025. Les ARS, elles-mêmes en pleine tourmente, subissent de grosses pressions pour obtenir un quota par département, de signatures. Aucune de nos MSP n'a accepté de signer, à défaut de disposer d'un cahier

des charges décrivant précisément les engagements à tenir. Pourtant, il semble que nous répondions largement aux attentes posées : une offre de soins à moins d'une demi-heure pour la population, une offre de soins à tarifs opposables, une réponse sous 48 heures aux demandes de rendez-vous grâce à l'implication des médecins généralistes et du SAS 36.

Par ailleurs, le débat qui a eu lieu sur les CPTS au Parlement témoigne de la défiance qui règne aujourd'hui, vis-à-vis des médecins libéraux. Le souhait initial de les faire intégrer le réseau France Santé illustre également la méconnaissance de leurs missions. Elles ne sont en aucune façon conçues pour organiser et délivrer les soins aux populations, mais pour favoriser la cohésion des professionnels sur un territoire. La CSMF n'est pas opposée en soi à ce label, mais, au vu du climat actuel, il est urgent d'attendre. »

Guillaume Darmaillacq

Président de la CPTS Adour-Gave (40)

« Il faut préserver notre indépendance »

« Comme tous nos confrères récemment sollicités, nous avons été interpellés par l'annonce du réseau France Santé, et par l'intention affichée par la ministre, Stéphanie Rist, de rebaptiser les CPTS « communautés France Santé » et de les mettre au service de ce réseau. Cela fait suite aux critiques émises par la MECSS du Sénat sur le financement des CPTS. Et cela s'inscrit dans une position générale clairement hostile à la médecine libérale. Une fois de plus, tout se passe sans concertation ni précisions sur le rôle attendu des CPTS. Il n'en faudrait pas plus pour décourager davantage les professionnels engagés dans ces structures, et qui ne comptent pas leur temps pour contribuer à améliorer l'offre de soins dans les territoires.

L'attitude du gouvernement témoigne également d'une méconnaissance sur ce que nous faisons pour organiser le premier et le second recours, favoriser la coordination interprofessionnelle et contribuer à structurer la promotion de la santé auprès des habitants. Les pouvoirs publics souhaitent changer encore les règles du jeu, alors qu'il faut trois à cinq ans pour permettre à une CPTS de mûrir et produire de premiers résultats.

En tous les cas, sur notre territoire, nous sommes fiers du travail déjà accompli. Nous observons par exemple une diminution significative du nombre de patients sans médecin traitant. Sur 190 demandes recensées, 90 % ont abouti positivement, car les médecins généralistes ont joué le jeu. Et nous réussissons également à réadresser avec succès les patientèles des praticiens qui partent à la retraite. Dans le cadre du futur ACI, négocié avec la CNAM, nous ne devons pas accepter que les élus politiques se mêlent de la gouvernance des CPTS. »



Vaccins ARNm : aucun risque de surmortalité à long terme

Une étude d'envergure menée par le groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE confirme la sécurité des vaccins à ARN messenger contre le Covid-19. Publiée en décembre dans *JAMA Network Open*, elle s'appuie sur les données du SNDS et constitue l'un des suivis les plus complets en population générale. Près de 29 millions de personnes âgées de 18 à 59 ans ont été observées entre 2021 et 2024 afin de comparer la mortalité, toutes causes confondues, entre vaccinés et non-vaccinés. Les résultats sont sans équivoque : le risque global de décès est réduit de 25 % chez les personnes vaccinées, avec une baisse notable des décès cardiovasculaires et liés aux cancers. Concernant la mortalité due au Covid-19, la diminution atteint 74 % chez les vaccinés. Ces données confirment le profil de sécurité favorable des vaccins ARNm, utilisés à grande échelle depuis le lancement de la campagne vaccinale. Dans un contexte marqué par la circulation persistante du virus et la diffusion de messages remettant en cause la sécurité vaccinale, cette étude apporte des preuves solides sur l'absence de surmortalité à long terme. Elle souligne également l'importance d'un suivi en vie réelle fondé sur des données exhaustives et indépendantes pour orienter les politiques de santé publique.

(*) : « Covid-19 mRNA Vaccination and 4-Year All-Cause Mortality Among Adults Aged 18 to 59 Years in France », *JAMA Network Open* (décembre 2025).

Stratégie décennale contre les cancers : bilan et perspectives

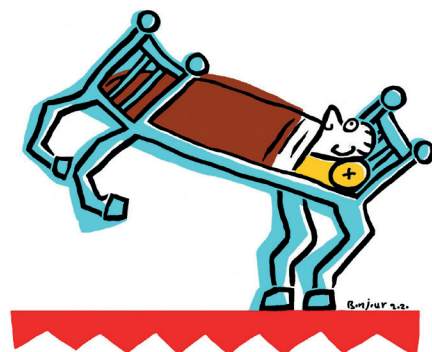
L'Institut national du cancer dresse un bilan « globalement positif » de la première feuille de route de la stratégie décennale. Fait marquant : 212 des 237 actions prévues ont été engagées et 71 réalisées. Cette phase initiale a notamment permis de renforcer la prévention, d'améliorer les parcours de soins et de soutenir la recherche. Des avancées notables sont observées dans la lutte contre le tabagisme et la prise en compte des facteurs de risque dès l'enfance. Autres bénéfices évoqués : l'organisation des parcours en cancérologie et l'accès aux traitements innovants ont progressé, tout comme les soins de support. La recherche bénéficie d'investissements accrus, consolidant la place de la France dans les programmes internationaux et accélérant les travaux sur les cancers à mauvais pronostic. Ce rapport intermédiaire souligne également des efforts pour les cancers pédiatriques et la qualité de vie après la maladie. Malgré les progrès constatés, les résultats restent toutefois insuffisants en matière de dépistage organisé et de réduction des inégalités sociales et territoriales. L'INCa appelle à une accélération des efforts dans le cadre de la seconde feuille de route qui sera officiellement dévoilée en février prochain.

(*) : « Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : bilan de la feuille de route 2021-2025 », Institut national du cancer (décembre 2025).

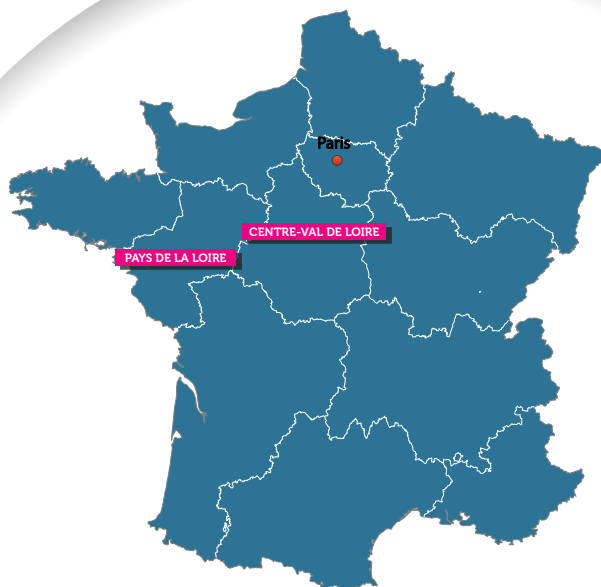
Santé des Français : une année mitigée

Le Baromètre 2024 de Santé publique France dresse un tableau nuancé des comportements et des perceptions en matière de santé. Réalisée auprès de 35 000 adultes, cette enquête met en évidence des disparités territoriales marquées. Parmi les points positifs, la consommation de tabac continue de reculer, confirmant une tendance durable, bien que le tabagisme reste plus fréquent dans les milieux défavorisés. En revanche, les habitudes liées à l'alcool demeurent préoccupantes : les dépassements des repères de consommation à moindre risque restent stables, surtout chez les hommes. Autre signal d'alerte, la qualité du sommeil se dégrade, avec de nombreux Français déclarant des troubles ou un temps de repos insuffisant. La santé mentale apparaît également comme un enjeu majeur : le bien-être psychologique est en baisse, particulièrement chez les jeunes adultes. La sédentarité reste élevée, tandis que l'adhésion à la vaccination demeure globalement forte, malgré des réticences persistantes pour

certaines vaccins. En identifiant les déterminants sociaux et territoriaux des comportements, ce baromètre constitue un outil essentiel pour orienter les politiques de prévention et réduire les inégalités de santé.



(*) : « Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024 », Santé publique France (décembre 2025).



CENTRE-VAL DE LOIRE

Un projet inédit contre le cancer colorectal

La contribution des médecins généralistes peut-elle améliorer la prise en charge des patients positifs au cancer colorectal ? L'URPS ML, le CRCDC-CVL et l'équipe INSERM U1086 du CHU de Caen ont récemment lancé un projet de recherche inédit pour améliorer le suivi des personnes ayant un test FIT positif dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal. Financé par l'Institut national du cancer, SuiviColo repose sur un double objectif : évaluer l'intérêt d'un courrier précoce accompagné d'un document d'information sur le parcours de coloscopie, et évaluer l'intérêt d'associer le médecin, identifié sur le test FIT, à ce courrier précoce et aux éventuels courriers de suivi. Selon les porteurs du projet, cette implication directe pourrait renforcer l'engagement des patients positifs et améliorer le taux de réalisation de la coloscopie, non sans réduire le délai de recours et diminuer le nombre de perdus de vue. Deux problématiques majeures dans la région Centre-Val de Loire. Précision notable : le protocole ne génère aucune charge de travail supplémentaire pour les praticiens volontaires, dont la participation est vivement encouragée. Autorisée par un Comité de protection des personnes début octobre, cette démarche collaborative doit optimiser le dépistage du cancer colorectal et renforcer la coordination entre acteurs de santé.

NB : les médecins volontaires doivent remplir un questionnaire et signer un formulaire pour être associés aux courriers adressés aux patients Fit + par le CRCDC-CVL.

PAYS DE LA LOIRE

Un outil utile pour adresser les enfants suspectés de TND

Depuis le mois de septembre, le département de Loire-Atlantique expérimente un nouveau module d'adressage des enfants présentant une suspicion de trouble du neurodéveloppement. Déployé sur *ViaTrajectoire*, cet outil numérique permet de simplifier et de dématérialiser les échanges entre les médecins de première ligne et les Plateformes de Coordination et d'Orientation. Il facilite notamment la transmission, rapide et sécurisée, du livret de repérage national que le praticien pourra renseigner directement et envoyer, en un clic, aux PCO de son secteur. Celles-ci pourront ensuite accuser réception, demander des précisions ou confirmer l'éligibilité de la demande. Outre une centralisation des démarches sur une seule interface, ce suivi en temps réel du dossier permet aux différentes prenantes de gagner en temps et en efficacité, et plus largement de renforcer le repérage précoce des TND. Testé avec succès dans d'autres régions, ce module sera progressivement généralisé dans toute la région des Pays de la Loire d'ici à la mi-2026. À noter : son utilisation nécessite la qualification de l'Identité Nationale de Santé de l'enfant pour garantir une identification unique et un partage sécurisé des données entre professionnels.

NB : *ViaTrajectoire* est un service public, gratuit et sécurisé, qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine sanitaire et médico-social.

CORSE

90 professionnels mobilisés autour de la CPTS « Alta Rocca »

La CPTS de l'extrême sud corse « Alta Rocca » vient de franchir une étape clé avec la signature de son accord conventionnel interprofessionnel. La structure regroupe 90 professionnels de santé et couvre 23 communes, dont Porto-Vecchio et Bonifacio, soit un bassin de population de 29 000 habitants, qui se distingue par une forte pression saisonnière liée au tourisme, mais aussi par un arrière-pays rural et montagneux où l'accès aux soins demeure difficile. Le territoire est également marqué par une population vieillissante, des situations de précarité, une faible prévention et des besoins importants dans les domaines de la santé mentale et du handicap. La CPTS « Alta Rocca » a obtenu un financement de 145 625 euros à la signature avec un plafond annuel de 230 000 euros qui sera « fonction de l'activité générée ». Le repérage des patients sans médecin traitant et la mise en place de parcours pluriprofessionnels dans des domaines spécifiques, comme la gériatrie, la santé de la femme, la pédiatrie ou la cancérologie, feront notamment partie de ses missions prioritaires. Les conditions d'exercice, la qualité et la pertinence des soins aussi.

NB : la CPAM de Corse-du-Sud fournira ses données et ses médiateurs pour accompagner les professionnels et suivre les résultats.

Agences Régionales de Santé : un modèle à bout de souffle ?



Quinze ans après leur création, les Agences Régionales de Santé restent au cœur du débat. Pensées pour rationaliser l'organisation sanitaire, elles sont souvent critiquées pour leur éloignement du terrain et leur manque de réactivité. Elles pourraient être prochainement démantelées, sinon supprimées. Explications.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Instituées par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 et mises en place le 1^{er} avril 2010, les Agences Régionales de Santé ont été créées pour rationaliser l'organisation sanitaire dans les territoires. Elles ont remplacé sept organismes, dont les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), les Directions Régionales et Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (Drass et Ddass) ou encore les Unions et Caisses Régionales d'Assurance Maladie (Urcam et Cram). Chaque ARS s'appuie sur une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, trois commissions de coordination (prévention, médico-social, organisation des soins) et des délégations départementales. Interlocuteur unique des acteurs de santé, elles pilotent le système régional en adaptant la politique nationale aux besoins locaux. Leur mission : coordonner les secteurs médical, médico-social, social et environnemental pour réduire les inégalités territoriales et garantir la continuité des soins.

ENTRE COORDINATION ET CONTRÔLE

Les Agences Régionales de Santé sont des établissements publics autonomes placés sous la tutelle des ministres chargés de la Santé, de l'Assurance Maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Elles assurent le pilotage régional du système de santé, en cohérence avec les orientations nationales et en tenant compte des besoins locaux. Leur

action se concrétise par les projets régionaux de santé, élaborés en concertation avec les acteurs régionaux, qui définissent les priorités et les ambitions sanitaires. La loi HPST leur confie plusieurs missions : décliner la politique de santé publique à l'échelle régionale, assurer la veille sanitaire, promouvoir la santé par des campagnes régionales et contribuer à la gestion des urgences ou des crises en lien avec les préfets. Les ARS œuvrent également à améliorer l'efficacité du système de santé et conduisent une politique de gestion des risques conjointement avec les caisses d'Assurance Maladie.

DES CRITIQUES RÉCURRENTES

Depuis leur création il y a quinze ans, les Agences Régionales de Santé font l'objet de critiques constantes. Installation des médecins, gestion hospitalière, coordination des soins... Elles sont accusées de lourdeurs administratives qui freinent la mise en œuvre des politiques de santé. Les élus et les professionnels dénoncent aussi leur éloignement du terrain. Jugées trop centralisées, elles seraient peu présentes dans les zones rurales et peu à l'écoute des acteurs locaux. Leur gouvernance complexe, entre l'État, les préfets et l'Assurance Maladie, entretient un manque de lisibilité des décisions. La gestion des crises sanitaires, notamment celle du Covid-19, a révélé des faiblesses en matière de réactivité et de communication. Certains estiment, enfin, que les ARS peinent à réduire les inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

LE CHIFFRE-CLÉ

18

La France compte dix-huit Agences Régionales de Santé, soit treize en métropole et cinq en Outre-Mer, depuis le 1^{er} janvier 2016.

LE FAIT MARQUANT

Réforme territoriale de l'État : la décentralisation est en marche

Le gouvernement engage une mission pour décentraliser et réformer les Agences Régionales de Santé. IGAS, IGA, IGF... Trois inspections générales travaillent notamment sur la création de directions régionales de la santé dans le cadre de la réforme territoriale voulue par Sébastien Lecornu. La mission examine la répartition des compétences entre l'État et les collectivités, avec un possible transfert des politiques d'accompagnement à domicile aux départements. Elle prévoit également une implication accrue des élus locaux dans l'organisation des soins et la démocratie sanitaire. Les experts doivent juger la faisabilité de la réforme, mesurer ses impacts RH et financiers, et proposer des scénarios pour sécuriser les financements. Le rapport final sera remis en mars.

**FORMATION LABELLISÉE****HAUTE QUALITÉ**

PAR LE PRINCIPAL SYNDICAT PLURICATÉGORIEL DE MÉDECINS

OUVERTURE DE L'ÉCOLE DE SECRÉTARIAT MÉDICAL

Des formations conçues par des médecins, au plus près des préoccupations de l'exercice médical, et répondant directement aux problématiques quotidiennes des cabinets médicaux

En distanciel et en cours du soir

(présentiel à prévoir ponctuellement pour passage des épreuves et regroupements)

FORMATION AU MÉTIER DE SECRÉTAIRE MÉDICAL(E) PAR L'ACFM

Ce parcours a pour but de former un professionnel qualifié chargé des tâches de secrétariat : accueil, communication et organisation.

Le(la) secrétaire médical(e) est le 1^{er} interlocuteur du patient. Son rôle est primordial. Il(elle) est l'interface entre le professionnel de santé et le patient, réalise les tâches administratives relatives aux prises en charge et intervient dans la gestion logistique des lieux.

À qui s'adresse cette formation ?

Novice, professionnel(le) déjà en poste, personne en recherche d'emploi ou en reconversion professionnelle

Accessibilité aux personnes atteintes d'un handicap
N'hésitez pas à nous contacter pour les possibilités d'adaptation.

Durée

260 heures réparties sur 5 mois et en soirée, soit 155 heures en centre de formation (distanciel en synchrone) et 105 heures de stage



Prérequis

- Avoir 18 ans
- Maîtrise écrite et orale de la langue française
- Connaissances de base en bureautique

Tarif

3 100 euros TTC pour l'ensemble du parcours

Tarif sur devis pour toute inscription à un module ou une session de formation

Financement possible par le plan de formation

L'organisme de formation est certifié Qualiopi pour les catégories d'actions action de formation et bilan de compétences.

Contactez-nous !

Site : www.acfm.fr

Pour toute demande d'information :

contact@acfm.fr

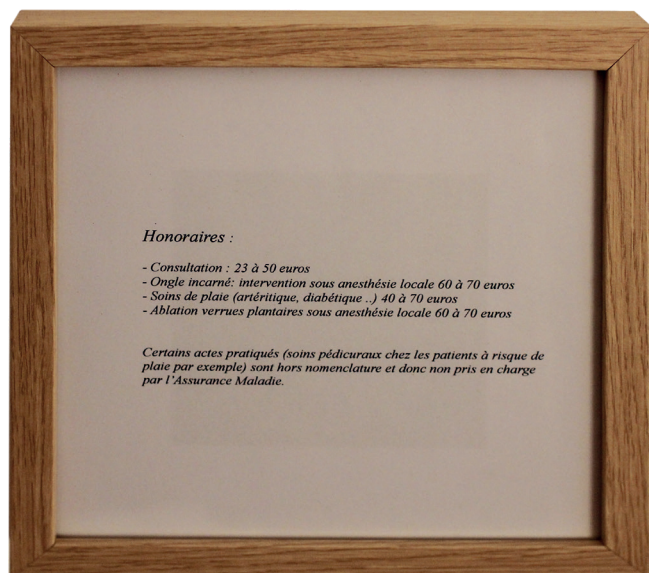


POUR CANDIDATER :

- 1/ Préinscription par mail : contact@acfm.fr
- 2/ Réception d'un dossier de candidature à compléter et à retourner auprès de l'ACFM
- 3/ Passage de tests de sélection et un entretien

Information des patients : attention aux contrôles !

La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes multiplie les inspections dans les cabinets médicaux. Les médecins libéraux doivent donc redoubler de vigilance pour respecter leurs obligations d'affichage et d'information des patients sous peine de sanctions administratives, disciplinaires ou civiles. Explications.



LE CONTEXTE

La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes intensifie ses contrôles pour vérifier le respect des obligations d'affichage et d'information des patients par les professionnels de santé, dont les médecins libéraux. Les inspections portent notamment sur la publication – visible et lisible – des tarifs et des honoraires, des moyens de paiement et des conditions de prise en charge, mais aussi sur la transparence des informations relatives aux droits des usagers du système de santé. Si l'administration commence souvent par un rappel de la réglementation, le non-respect des observations formulées après un contrôle peut mener à des sanctions administratives et, dans certains cas, à des actions disciplinaires ou civiles.

DES OBLIGATIONS STRICTES

L'arrêté du 30 mai 2018 impose aux médecins libéraux d'afficher, de manière visible et lisible, certaines informations dans la salle d'attente et sur le lieu d'encaissement des frais (1). Chaque praticien doit notamment indiquer son statut conventionnel (2), mais aussi les tarifs ou les fourchettes de tarifs de leurs honoraires pour les actes les plus courants, en précisant les critères justifiant ces varia-

tions, notamment en cas de dépassement. Avant tout soin non remboursé ou impliquant un dépassement supérieur à soixante-dix euros, le patient doit impérativement recevoir une information écrite détaillant les actes envisagés, le montant des honoraires et, le cas échéant, la part prise en charge par la Sécurité sociale. Avant une téléconsultation ou une visite, le patient doit également être informé des frais possibles et des conditions de prise en charge ou de dispense d'avance de frais. Toutes ces informations doivent être regroupées sur un support unique. Si des prestations annexes sont proposées, leur liste et leurs tarifs doivent y figurer. Une indication précisant que seuls les frais liés à des soins peuvent être facturés doit aussi être affichée. Précision notable : le moindre changement de situation doit être systématiquement notifié et les informations immédiatement actualisées. Cela vaut notamment pour les nouvelles hausses tarifaires du 1^{er} janvier 2026.

TROIS TYPES DE SANCTIONS

Le non-respect des obligations d'affichage et d'information des patients expose les médecins libéraux à trois types de sanctions cumulables : administratives, disciplinaires et civiles. La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes peut notamment infliger une amende dont le montant maximal est de 3 000 euros pour un médecin et de 15 000 euros pour une structure de type SEL ou SCP. Le plus souvent, un rappel à la réglementation et un délai de quinze jours pour se mettre en conformité sont accordés avant toute sanction, sauf en cas de manquement grave ou répété. Considéré comme une faute déontologique, le défaut d'affichage et d'information des patients est sanctionnable par le Conseil de l'Ordre qui peut prononcer un avertissement, un blâme, une suspension temporaire, voire une radiation dans les cas les plus graves. Autre risque possible : un patient insuffisamment informé peut engager la responsabilité civile du médecin, notamment en cas de dépassements non annoncés ou d'absence de devis écrit obligatoire. Le juge peut ordonner le remboursement total ou partiel des honoraires, mais aussi accorder des dommages et intérêts en cas de préjudice. Ces sanctions montrent que le défaut d'affichage et d'information n'est pas une simple formalité. En cas de doute sur les obligations qui vous incombent, vous pouvez solliciter le service juridique de la CSMF.

(1) : Arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins.

(2) : Les mentions légales varient selon le secteur d'activité du praticien. Trois modèles types peuvent être gratuitement téléchargés sur le site 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