



Mouvement social

Quand la médecine libérale ne répond plus

Rencontre

Franck Devulder
Président de la CSMF

Brèves Personnalités

Mathieu Molimard
Cyril Bègue
Thierry Hulot
Guillaume Couillard

Société Santé

Soumission chimique
Santé mentale
Papillomavirus humains

L'épargne qui donne vie à ce qui compte pour vous

**Du 5 janvier au 31 mars 2026, profitez d'une offre
exceptionnelle : 0% de frais sur versements**

vers tous les supports d'investissement pour les contrats RES⁽¹⁾, RES Multisupport⁽²⁾,
RES Capitalisation⁽³⁾ et RES Capi⁽⁴⁾. Offre soumise à conditions⁽⁵⁾.

Avant tout investissement, vérifiez votre profil d'épargnant car il existe
un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte⁽⁶⁾.

En savoir plus



Ensemble, prenons soin de demain

macsf.fr

3233

Service gratuit
+ prix appel

PUBLICITÉ

(1) RES est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative libellé en euros souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. (2) RES Multisupport est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative, libellé en euros et en unités de compte, souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. (3) RES Capitalisation est un contrat de capitalisation individuel nominatif, libellé en euros et en unités de compte souscrit auprès de la MACSF épargne retraite. (4) RES Capi est un contrat de capitalisation de groupe à adhésion facultative, libellé en euros et en unités de compte souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. (5) L'offre promotionnelle épargne s'étend du 05/01/2026 au 31/03/2026. Elle porte sur tous les versements effectués, y compris les versements programmés, vers les contrats RES (hors RES individuel), RES Multisupport, RES Capitalisation et RES Capi. Les autres frais inhérents aux contrats, tels que les frais de gestion, s'appliquent conformément aux dispositions contractuelles. Au-delà du 31/03/2026, tous les frais prévus aux contrats s'appliqueront. (6) L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. La description et le fonctionnement des supports en unités de compte sont détaillés dans les Documents d'Informations Clés (DIC) ou la Note d'Information, disponibles sur la page Supports financiers du site macsf.fr.

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

Une grève suspendue, des combats qui continuent

Après dix jours d'une mobilisation historique, les syndicats représentatifs de médecins libéraux, aux côtés des internes, des étudiants en médecine et de la FHP, ont décidé de suspendre la grève.

Cette décision fait suite à l'engagement écrit de la ministre de la Santé et du Gouvernement de retirer les trois mesures qui ont uni la profession :

- le dispositif de contrôle visant les MSO,
- l'article de la LFSS sur le cumul emploi-retraite des médecins,
- les articles 77 et 78 de la LFSS instaurant des baisses tarifaires.

Ce résultat est celui de la mobilisation et de l'unité syndicale.

Sans l'unité de toutes les générations, de toutes les spécialités et de tous les territoires, rien n'aurait bougé.

Mais le combat n'est pas terminé.

La réforme de la 4^e année d'internat de médecine générale reste inacceptable en l'état. Elle a été dénaturée par une vision idéologique, déconnectée de la réalité démographique : entre 2010 et 2025, les médecins salariés ont augmenté de 18,5 %, tandis que les médecins libéraux ont reculé de 12,6 %. Pendant ce temps, les patients n'ont plus accès à un médecin.

Opposer hôpital et médecine libérale est un non-sens.

L'hôpital souffre.

La médecine de ville s'effondre.

Nous soutenons pleinement les revendications légitimes des internes et des étudiants sur la 4A. Nous prenons acte de l'opposition réaffirmée de la Ministre à la proposition de loi Garot.

Assez de sanctions. Assez de stigmatisation.



Réformer par la contrainte est un échec.

La CSMF est prête à avancer, mais sur une seule base : la reconnaissance, la confiance et le respect de celles et ceux qui font vivre l'accès aux soins au quotidien.

Dr Franck Devulder,
Président de la CSMF

4| Rencontre

Franck Devulder,
Président de la CSMF

6| Brèves Personnalités

4 personnalités
Certification : le cadre se complète
Cancer : enfin un registre national
Obésité : la feuille de route publiée
En chiffres

8| Dossier

Mouvement social
Quand la médecine libérale ne répond plus

16| Société Santé

Soumission chimique : vers un accès aux preuves simplifié
Santé mentale : le gouvernement mise sur la continuité
Papillomavirus humains :
la vaccination scolaire accélère, mais...

18| Coordination Santé

Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Pays de la Loire

20| à Quoi ça sert ?

SNDS : un gisement unique en Europe

26| Les Loisirs

À déguster, à lire, à visiter

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 Décembre 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.

Franck Devulder
Président de la CSMF

Une mobilisation historique... à ne pas relâcher !

À la pointe du combat, et l'un des principaux artisans de l'union intersyndicale générée par le conflit en cours avec les autorités de santé, le président de la CSMF appelle à maintenir la pression sur le gouvernement. « Les premières discussions sur le prochain PLFSS débuteront en février-mars, explique-t-il. C'est en restant unis que nous pourrons peser sur les futurs arbitrages, alors que tout PLFSS précédant une élection présidentielle est en temps ordinaire un moment difficile pour les professionnels de santé. »

LE MOUVEMENT DE PROTESTATION DE LA MÉDECINE LIBÉRALE AURA ÉTÉ HISTORIQUE. QU'EST-CE QUE CELA NOUS DIT DE L'ÉTAT D'ESPRIT DE LA PROFESSION ?

En effet, le mouvement de grève et la manifestation du 10 janvier rappellent les grandes heures de la lutte des médecins pour leur liberté et leur indépendance, contre le plan Juppé, la réforme Touraine ou plus récemment les attaques contre la liberté d'installation de la PPL Garot. Ce qui le caractérise, d'abord, c'est l'unité intersyndicale, que j'ai cherché à initier dès le début. Il nous faut être rassemblés pour pouvoir peser sur les décisions politiques, mais également pour expliquer à l'opinion publique la réalité des faits : les médecins ne se battent pas pour leurs revenus, pour leurs intérêts personnels, mais pour défendre un système de santé universel, solidaire, équitable et fondé sur la qualité et la pertinence des soins. En réalité, nous sommes mobilisés parce que nous n'acceptons plus que les politiques nous rendent responsables des difficultés d'accès aux soins. Nous ne pouvons admettre d'être traités de rentiers ou de fraudeurs, comme certains députés ont pu le déclarer durant le débat du PLFSS. Nous ne pouvons supporter que les investissements nécessaires en santé soient prioritairement fléchés vers les hôpitaux publics, alors que la médecine de ville assure 80 % des consultations, de l'imagerie et de l'endoscopie, 60 % des actes de chirurgie. Et nous refusons que l'État et l'Assurance Maladie se substituent au contrat conventionnel, en se donnant les moyens de baisser les tarifs sans concertation. Pour toutes ces raisons, la médecine libérale

est en colère. Et elle le restera tant que les politiques n'auront pas compris l'ampleur de cette colère.

À LA VEILLE DU MOUVEMENT, LA MINISTRE DE LA SANTÉ, AINSI QUE LE DG DE LA CNAM, AVAIENT POURTANT TENTÉ DE RASSURER, EN SOULIGNANT QUE LA PLUPART DES MESURES CONTESTÉES NE FIGURENT PAS DANS LA VERSION FINALE DE LA LFSS ?

On peut comprendre leur inquiétude, alors que Stéphanie Rist devait affronter une élection partielle dans sa circonscription (elle a finalement été largement réélue) et que Thomas Fatôme a joué jusqu'au bout sa partition pour pouvoir diminuer les tarifs sans concertation. Que dire par ailleurs du démantèlement du contrôle médical de l'Assurance Maladie, mené lui aussi de façon brutale et non concertée ? Le syndicat Force Ouvrière des médecins conseils a publié un communiqué pour soutenir notre mouvement et dénoncer la LFSS, ce qui prouve à quel point rien ne va plus ! Même si, effectivement, le contexte parlementaire a permis de « débayer » de nombreuses mesures inacceptables contenues dans ce texte, je rappelle le caractère profondément inique des intentions initiales : un ONDAM à + 0,9 % pour la médecine de ville, des baisses de tarifs autoritaires pour des professions qualifiées de rentières, une pénalisation du secteur 2, le cumul emploi/retraite empêché, des sanctions financières pour la non-alimentation du DMP... Et la possibilité d'imposer des baisses de tarifs demeurent. Stéphanie Rist s'engage à ne pas

l'appliquer... je ne mets pas en doute sa sincérité. Mais je m'interroge sur la portée de ses propos, et alors qu'elle peut être remplacée à tout moment ? Elle souligne également la suppression de la mesure sur le DMP... ce n'est pas sa décision, mais celle du Conseil Constitutionnel ! En réalité, les médecins libéraux ne prendront plus pour argent comptant les promesses des politiques. Et nous voulons des preuves !

DES ÉCHÉANCES DIFFICILES SE PROFILENT, AVEC LE RETOUR DES DISCUSSIONS SUR LES PPL GAROT ET RIST, LA RÉFORME DE LA CCAM ET UNE NOUVELLE ALERTE PROBABLE SUR LE DÉRAPAGE DES DÉPENSES. COMMENT BIEN AGIR POUR ÉCARTER LES DANGERS À VENIR ?

Il faut d'abord rester unis, et défendre tous ensemble de nouveaux moyens d'action pour maintenir la pression. L'échéance des municipales s'annonce également comme un moment de vérité, car il est probable que les propositions démagogiques vont fleurir pour appeler à la restriction de la liberté d'installation. À nous de convaincre les élus locaux : il faudra collaborer avec les médecins de terrain pour construire des organisations innovantes et attractives, plutôt que des dispositifs contraignants qui ne feraient qu'aggraver les situations de pénurie. Nous devons également être très fermes, vis-à-vis du gouvernement, pour qu'il s'oppose à toute mesure liberticide au Parlement. Nous allons également travailler sur le fond en ce qui concerne la réforme de la CCAM, afin qu'elle serve – enfin – la pertinence et la qualité des soins, sans pénaliser certaines des spécialités. Enfin, il faudra lutter d'arrache-pied pour inverser la tendance actuelle : la médecine de ville ne peut plus être la variable budgétaire du système de santé.

AU-DELÀ, LE DÉBAT DE LA PROCHAINE PRÉSIDENTIELLE VA RAPIDEMENT SE DÉPLOYER. ET LA SANTÉ DEVRAIT ÊTRE AU PREMIER RANG DES ATTENTES EXPRIMÉES PAR LES FRANÇAIS. LA CSMF COMPTE-T-ELLE Y CONTRIBUER ?

Fidèle à ses valeurs, la CSMF continuera de défendre le principe d'une médecine libérale et sociale, attentive à l'universalité et à l'équité du système de santé, ainsi qu'à la liberté d'exercice et à l'indépendance professionnelle. Mais nous devons également innover : le système de santé actuel est à bout de souffle. Et il nous faudra proposer des idées pour bâtir un nouveau modèle. Réussir le virage de la prévention et du maintien à domicile, exploiter le potentiel du numérique, préparer l'offre de soins aux impératifs de la transition démographique et épidémiologique... les défis sont nombreux. Et ce sont les médecins libéraux, en collaboration avec les autres professions de santé, qui sauront porter des solutions d'avenir. C'est pourquoi je le dis solennellement aujourd'hui aux politiques : vous devez nous respecter... et nous écouter !





Mathieu Molimard

Pharmacologue au CHU de Bordeaux

Mathieu Molimard, pharmacologue au CHU de Bordeaux, Dominique Costagliola, épidémiologiste à l'Inserm, et Hervé Maisonneuve, médecin de santé publique, ont dévoilé le 12 janvier leur rapport sur la lutte contre la désinformation en santé, qui doit nourrir une stratégie nationale. Sondages, baromètre et observation du comportement en ligne d'un groupe de volontaires sont prévus dans les prochains mois, appuyés par un Observatoire de la désinformation en santé. Un Comité de 27 citoyens devra de son côté formuler des recommandations avant les Assises du numérique en santé, le 18 février prochain. Un dispositif d'info-vigilance sera en outre mis en place avant la fin du mois afin de « détecter les fausses informations en temps réel, analyser les ressorts argumentaires et diffuser une réponse fiable afin de lutter contre la désinformation ». Dernier axe : renforcer l'éducation de la population, responsabiliser les plateformes, et mieux financer la recherche.



Cyril Bègue

Président du Collège de Médecine Générale

Il a succédé le 19 décembre à Paul Frappé à la tête du CMG. Plaçant son action dans la continuité de son prédécesseur, il se fixe la mission de consolider la place de la médecine générale « dans ces temps où l'on ressent un certain nombre d'attaques envers cette discipline » expliquait-il au *Quotidien du Médecin*. Il souhaite également s'impliquer dans la mise en œuvre de la 4^e année de formation en médecine générale, alors que la réforme peine à se traduire concrètement. Il estime par ailleurs que le CMG a vocation à s'investir dans l'attractivité de la spécialité, appelant les pouvoirs publics à « accompagner les médecins plutôt qu'à agir par la sanction » évoquant notamment la question de la mise sous objectifs des prescriptions. Bien qu'à l'écart de la mobilisation, en raison de sa position, le président du CMG estime « comprendre complètement » le ras-le-bol de ses confrères.

CERTIFICATION

Le cadre se complète

Opposable sur le papier depuis janvier 2023, la certification périodique restait lettre morte, à défaut de textes d'application. Depuis le 27 décembre, deux décrets viennent donner un tour concret au projet. Le premier décret détaille les modalités concrètes de suivi et de contrôle de l'obligation de certification périodique. Il confie explicitement cette mission aux instances ordinales « territorialement compétentes », qui doivent s'assurer, « de manière continue, du bon déroulement général de la procédure de certification périodique et de la réalisation [...] du programme minimal d'actions » par les professionnels concernés. Le second décret précise les conditions dans lesquelles le ministre de la Santé peut saisir la Haute Autorité de Santé (HAS) pour avis sur un projet de référentiel propre à une spécialité et élaboré par une CNP, véritable cheville ouvrière de la certifi-

cation périodique. Objectif : « garantir la solidité scientifique et la qualité des référentiels de certification élaborés pour chacune des professions de santé ».

CANCER

Enfin un registre national

C'est un engagement pris par l'ancien ministre de la Santé, Yannick Neuder : la création d'un registre national du cancer. Fin décembre, le décret d'application de la loi du 30 juin 2025 a enfin été publié. Jusqu'à présent, la surveillance reposait principalement sur Francim, un réseau de 29 registres locaux couvrant seulement 24 % de la population. Le nouveau dispositif est confié à l'Institut national du cancer, qui pilotera une plateforme nationale alimentée par de multiples sources, dont le Système national des données de santé.



Thierry Hulot

Président du LEEM

Le président du syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique doit faire face à une fronde inédite : le 8 janvier, dernier, près d'une trentaine de laboratoires français ont décidé de quitter l'organisation, s'estimant mal défendus par le LEEM sur le sujet de l'empreinte industrielle sur le territoire. Ils contestent également une modification du fonctionnement du CA, actée en novembre, et qui donnerait « tous pouvoirs » aux laboratoires anglo-saxons qui défendent la valorisation de l'innovation thérapeutique au détriment des produits matures, selon les frondeurs. Deux nouveaux syndicats sont en voie de création, le premier ouvert aux « laboratoires prêts à défendre l'innovation mais également la souveraineté industrielle française », le second dédié aux ETI et PME françaises qui fabriquent des produits matures. C'est en ordre dispersé que l'industrie pharmaceutique va désormais négocier, dans un contexte de durcissement des positions liés à la politique de Trump pour imposer des hausses de prix en Europe.



Guillaume Couillard

Directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins, CNAM

Il remplace depuis le 19 janvier, poste pour poste, Marguerite Cazeneuve, partie rejoindre la cause de Place Publique, le parti de Raphael Glucksman. Ingénieur formé à Polytechnique, il a commencé sa carrière en 2005 au ministère de la Santé, puis a rejoint la direction générale de la modernisation de l'État en 2008. De 2013 à 2017, il a été directeur général adjoint des HCL, et a ensuite rejoint le cabinet d'Édouard Philippe, en charge de l'accès aux soins et de la prévention. En 2020, il devient le directeur du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. En tant que n° 2 de la CNAM, il aura fort à faire pour renouer un dialogue constructif avec les professionnels de santé, et en premier lieu les médecins libéraux. Plusieurs échéances conventionnelles se profilent pour la CNAM, dont la nouvelle version de l'ACI, censé structurer le réseau France Santé.

OBÉSITÉ

La feuille de route publiée

Le 13 janvier, Stéphanie Rist a présenté la feuille de route obésité 2026-2030, destinée à accélérer et structurer la lutte contre cette maladie aux multiples répercussions pour les patients atteints. Quatre objectifs sont fixés : contribuer à infléchir la progression de l'obésité et à améliorer la santé des personnes concernées ; augmenter l'accès à des soins personnalisés, de proximité et inscrits dans la durée ; développer le nombre de professionnels sensibilisés et formés ; capitaliser sur les parcours et les prises en charge innovantes, en couvrant l'ensemble des niveaux de recours.

en Chiffres

13,5 %

C'est le taux de réduction du nombre de FSE télétransmises durant les premiers jours de la grève des médecins, témoignant de la mobilisation de la profession.

104

C'est le nombre d'autorisations de mise sur le marché de médicaments par l'Agence Européenne du Médicament, dont 38 nouvelles substances actives inédites dans l'UE, et un record de biosimilaires représentant 40 % des médicaments approuvés.

21

C'est le nombre de médicaments qui ont dépassé un coût de traitement annuel de 100 000 € par patient, contre un seul en 2015, selon le bilan de la CNAM, constatant l'explosion des prix pour les médicaments très innovants.



Mouvement social Quand la médecine libérale ne répond plus

L'année 2026 s'est ouverte sur une mobilisation historique de la médecine libérale, avec une manifestation réunissant plusieurs milliers de praticiens, internes et étudiants à Paris, et une grève « perlée » des praticiens entre le 5 et le 15 janvier. Un coup de pression magistral, avec à la clé de nouvelles promesses de la part de la ministre de la Santé, Stéphanie Rist. À présent, il faut tenir dans la durée, alors que les préparatifs du prochain PLFSS vont s'ouvrir dès le premier trimestre 2026.

« La Sécu parle chiffres, nous parlons patients », « Stop au massacre de la médecine libérale », « Laissez-nous soigner », « Les médecins soignent », « Je ne fraude pas, je soigne »... les banderoles du 10 janvier en témoignaient : les médecins libéraux se sentent profondément agressés, humiliés parfois, la plupart du temps incompris par les pouvoirs publics, mais aussi une partie des parlementaires. Le déroulé chaotique du PLFSS, les menaces d'un ONDAM à +1,6 %, le plan d'économies de 300 millions d'euros sur la radiologie, le projet de loi sur les fraudes avec MSO sur les arrêts de travail, la mise au ban des pseudos-rentiers de la santé... durant l'automne, les motifs de rébellion se sont additionnés, débouchant sur une intersyndicale inédite, regroupant toutes les composantes de la profession. Une heure avant le début de la manifestation, 14 organisations syndicales tenaient une conférence de presse. Témoignant de « l'union sacrée » qui rassemble les disciplines au-delà de leurs spécificités, l'événement a eu un fort retentissement médiatique, d'autant qu'un sondage publié dans *Les Échos*, la veille, attestait que 65 % des Français

soutenaient le mouvement. « Les cliniques privées sont aux côtés des médecins libéraux, expliquait Lamine Gharbi, président de la FHP. 50 000 d'entre eux travaillent dans nos établissements, assurant 98 % de l'activité. Nous accueillons 9 millions de patients par an, nous recevons 2,8 millions d'entre eux dans nos services d'urgence, nous réalisons 35 % de l'activité hospitalière mais ne dépensons que 17 % du financement de l'ONDAM hospitalier. Quand les médecins libéraux vont mal, les cliniques vont mal. 50 % d'entre elles sont aujourd'hui en déficit. Une fois de plus l'année commence avec un gel des tarifs et le retard chronique de la campagne tarifaire. »

Comme le rappelait Agnès Gianotti, présidente de MG France, « nos revendications ne sont pas financières, c'est d'abord pour les patients, dont 55 % ne parviennent pas à trouver de médecin traitant, que nous sommes dans la rue. »

Les médecins généralistes travaillent près de 55 heures par semaine, ils assurent 50 % de la réponse aux soins non programmés, organisent le parcours de soins des patients, se coordonnent avec les autres professionnels pour mieux les

prendre en charge. « Au lieu de nous soutenir, on veut nous contraindre, imposer la MSO pour les arrêts de travail et bientôt la prescription de traitements, en nous culpabilisant et en nous rendant responsables de la dérive des dépenses, alors que nous ne faisons que répondre à la demande de soins d'une société en souffrance. » Président du Bloc, Philippe Cuq décrit le ras-le-bol des chirurgiens et anesthésistes, dont près de 2 000 ont mené un exil symbolique à Bruxelles, du 11 au 14 janvier. « Nous opérons 60 % des Français, avec le meilleur rapport qualité/prix d'Europe, complète-t-il. On nous reproche nos compléments d'honoraires, mais nos tarifs sont bloqués depuis près de trente ans. Sans eux, nous mettrions la clé sous la porte. »

La colère est patente également chez les internes et étudiants, qui s'inquiètent pour leur avenir. « Un interne se suicide tous les 18 jours, déplore Mélanie Debarreix, présidente de l'ISNI. Les internes refusent les conditions d'exercice qu'on nous prépare pour demain, entre les restrictions de la liberté de prescription et d'installation, les baisses de tarifs imposées, les menaces sur le secteur 2, la baisse d'attractivité qui accentuera les difficultés d'accès aux soins. » LISNAR-IMG rappelle son opposition à la 10^e année d'études, d'autant plus que rien n'est prêt pour sa mise en œuvre, en novembre prochain. « Les textes d'application ne sont toujours pas publiés, les lieux de stage ne sont pas soutenus, et la majorité d'entre nous devront sans doute effectuer cette 10^e année dans les hôpitaux », s'alarme sa présidente, Marion Da Ros Poli.

Président de la CSMF, Franck Devulder soulignait l'importance de cette mobilisation massive de la médecine libérale, visiblement sous-estimée par les autorités. « Nous n'avons pas donné suite aux demandes de rendez-vous, ce matin, de la ministre de la Santé, indiquait-il le 10 janvier. Nous avons sollicité une rencontre avec le Premier ministre, mais il n'a pas voulu nous recevoir, au prétexte qu'il réservait son temps pour les agriculteurs. Cela montre à quel point ce gouvernement ne prend pas la mesure de la gravité de la situation. » Si, quelques jours avant la manifestation, des promesses d'apaisement ont bien été avancées au ministère de la Santé comme à la CNAM,

les médecins libéraux ne s'en sont pas laissés compter. « Nous sommes déterminés à aller jusqu'au bout. Il nous faut des preuves d'engagement, sur la reconnaissance de l'intangibilité du cadre conventionnel, la préservation de nos libertés, la valorisation de notre expertise et la reconnaissance de notre engagement pour l'accès aux soins de nos patients. »

Au lendemain de la grève, la détermination semble payer... pour l'instant. Comme le révélait Franck Devulder, à l'occasion des vœux de la CSMF le 14 janvier, des réunions en bilatérale entre les organisations syndicales et Stéphanie Rist ont permis d'obtenir des avancées concrètes. « La Ministre a, en premier lieu, indiqué qu'un amendement de suppression de la MSO sera porté par le gouvernement dans le PJJ sur la fraude sociale, indiquait-il. Par ailleurs, les modalités de prise en compte de l'activité réalisée par les médecins en cumul emploi-retraite seront adaptées afin de mieux prendre en compte les spécificités des professionnels exerçant en zone sous-dense. Les discussions conventionnelles concernant le protocole imagerie seront relancées, avec l'objectif de substituer aux baisses de tarifs prévues à date des mesures de meilleure pertinence des examens prescrits et réalisés, à la condition de conserver le niveau d'économies sur le secteur fixé par la LFSS 2025. En parallèle, il est proposé de lancer une mission d'expertise associant les représentants des radiologues sur la valorisation des forfaits techniques. Enfin, la Ministre proposera une suppression des mesures permettant des baisses unilatérales de tarifs adoptées dans la LFSS 2026 (article 77 et 78), à travers le prochain vecteur législatif qui le permettra. Et des travaux conventionnels sur l'OPTAM seront lancés à très court terme pour assouplir le droit à dépassement des médecins en réalisant peu. Une refonte de grande envergure de l'OPTAM pourra ensuite être travaillée, dans le cadre de travaux plus larges, sur les dépassements d'honoraires et la refonte de la nomenclature CCAM. » Si les engagements sont notables, l'intersyndicale demeure mobilisée... jusqu'à leur traduction effective. En attendant, les praticiens sont retournés auprès de leurs patients.



Bruno Perrouty
Président des Spécialistes-CSMF

Protester, défendre... et proposer !

Les spécialistes se sont fortement associés au mouvement de protestation. Pourquoi sont-ils descendus dans la rue ?

Les derniers événements, liés aux discussions « lunaires » du PLFSS, ont exacerbé un sentiment d'exaspération qui, en réalité, n'est pas nouveau. Toutes disciplines confondues, les spécialistes libéraux ont le sentiment de ne pas être respectés. Ils apportent pourtant un haut niveau d'expertise pour leurs patients, dans un contexte d'explosion des maladies chroniques qui nécessitent de rendre le progrès médical et technologique disponible à ceux qui en ont besoin. Ils s'organisent pour investir dans leur outil de travail, ils s'impliquent pour optimiser les parcours de soins avec les professionnels de santé de premier recours, ils se mobilisent pour lutter contre les déserts médicaux, notamment grâce aux Équipes de Soins Spécialisés. Mais ces efforts ne sont ni reconnus ni valorisés. La meilleure preuve en est le blocage des tarifs depuis la mise en place de la CCAM il y a plus de vingt ans. Loin de l'admettre, les pouvoirs publics accentuent la pression budgétaire, en imposant sans concertation une baisse tarifaire chez les radiologues, et qui en réalité touche six autres spécialités. La version originale du PLFSS, prévoyant un ONDAM à + 1,6 %, dont + 0,9 % pour la médecine de ville, a démontré l'irréalisme coupable de ce gouvernement, prêt à défendre un budget délirant conçu par la haute-administration. Autant dire que, pour les spécialistes, la coupe est pleine, ce qui explique le fort niveau de mobilisation, en particulier dans les cliniques, dont 80 % des blocs ont fermé entre le 10 et le 15.

Vous avez récemment évoqué un tournant dans la gouvernance du système de santé, dénonçant une dérive autoritaire et étatiste. Pouvez-vous nous en dire plus ?

À défaut de stratégie et d'ambition de long terme pour le système de santé – Stéphanie Rist est la 10^e Ministre en trois ans – l'État gère les affaires courantes et se limite à tenter de boucler en urgence des plans d'économies massifs, ciblés sur les soins de ville. Avec, au passage, des attaques publiques inacceptables contre les médecins de ville, qu'on rend responsables des déserts médicaux et de l'envolée des dépenses et qu'on range dans la catégorie des fraudeurs potentiels sur les arrêts de travail. Pour parvenir à ses fins, il est prêt à accorder tout pouvoir au DG de la CNAM pour décider sans concertation des baisses de tarifs. C'est clairement une vision étatiste, contraire à la pratique du contrat conventionnel. Que dire, sinon, de la tentative initiale de pénaliser le secteur 2, là encore en cherchant à prendre l'opinion publique à témoin ? Le climat anti-libéral développé par ce gouvernement et par une partie des parlementaires, qui persistent dans la remise en cause de la liberté d'installation, semble s'ancre durablement. Nous devons donc rester unis pour résister, mais également formuler des propositions innovantes, dans la perspective de la prochaine élection présidentielle.

Justement, la CSMF avait élaboré l'an dernier une plate-forme de propositions pour une réforme du système de santé. Pouvez-vous nous en rappeler l'essentiel ?

Ces propositions s'appuient d'abord sur un nécessaire état des lieux sur le système de santé. Il est aujourd'hui en crise profonde. L'accès aux soins n'a jamais été aussi difficile pour nos concitoyens, les professionnels de santé sont en grande souffrance, à l'hôpital comme en ville, les modalités de financement ne sont plus adaptées aux enjeux actuels et futurs, le pilotage « à courte vue » de la politique de santé accroît l'ensemble de ces difficultés. Sans détailler l'ensemble de nos recommandations, je citerai quelques grands principes qui, à mon sens, devront structurer la réflexion et l'action. D'abord, il faut revoir l'organisation des soins, à l'échelle des territoires, en accordant plus de liberté aux acteurs de terrain pour apporter les meilleures réponses aux besoins effectifs des populations. Il faut favoriser l'attractivité de l'exercice libéral, encourager la constitution d'entreprises libérales de santé, soutenir les dispositifs collectifs de type MSP, CPTS, ESS et développer la coopération pluri-professionnelle tout en préservant l'expertise médicale. Les modalités de rémunération doivent évoluer, avec la hiérarchisation des consultations en quatre niveaux, la valorisation de la réponse aux soins non programmés, une protection sociale renforcée et un espace de liberté tarifaire solvabilisé par les complémentaires santé. Enfin, nous appelons à une réforme hospitalière, avec moins d'établissements, le recentrage de l'hôpital public sur ses missions et une complémentarité incitative entre les hôpitaux et les médecins de ville. Ce ne sont que quelques-unes de nos idées, et on pourra compter sur la CSMF pour présenter un projet global et ambitieux, appelé à être discuté dans les prochains mois.



Thierry Garban
Secrétaire général du Syndicat National des Cardiologues

Les cardiologues ne se laisseront pas faire

La LFSS 2026 génère un vent de révolte sans précédent dans les rangs de la médecine libérale. Quel est le point de vue du SNC sur ce texte ?

Outre le déroulé rocambolesque de ce texte au Parlement, qui témoigne de la profonde crise politique du pays et de l'absence de gouvernance dans le champ de la santé, le résultat final provoque en effet une colère légitime chez les médecins libéraux. Certes, les articles les plus inacceptables ont fini par passer à la trappe, comme l'article 24 sur la chasse aux pseudo-rentiers. Cependant, et jusqu'au dernier moment, de mauvaises mesures ont été rajoutées, comme l'article 26-quater, qui laisse au directeur de la CNAM toute latitude d'imposer sans concertation des baisses de tarifs. Le combat continue, donc, et l'ensemble des libéraux doit être uni comme jamais pour faire plier le gouvernement Lecornu. Si nous laissons faire, c'est la fin annoncée du système conventionnel, la nationalisation de la médecine de ville et sa paupérisation. Mais il est encore temps d'inverser la tendance, à la condition de nous entendre sur ce qui doit changer.

Les cardiologues subissent d'ores et déjà des décotes tarifaires depuis le 5 novembre. Quelles en sont les conséquences attendues pour la profession ?

En effet, les cardiologues sont des victimes co-latérales du plan imagerie, avec - 2 % sur l'ECG, - 6 % sur l'imagerie de coupe et - 5 % sur les coronarographies. Ces baisses autoritaires touchent de plein fouet une spécialité qui exerce très majoritairement en secteur 1, joue un rôle majeur dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires appelées à croître inexorablement avec le vieillissement et s'engage massivement dans la prévention de pathologies lourdes comme l'insuffisance cardiaque. Il n'en faut pas plus pour décourager les jeunes, augmenter les départs en retraite, aggraver les déserts médicaux qui s'étendent en cardiologie libérale. Le plus insupportable, c'est que les autorités restent sourdes aux propositions de la profession pour une meilleure pertinence des soins, comme celles du CNP de cardiologie sur l'épreuve d'effort, susceptible de générer 50 millions d'euros d'économies par an. Pour toutes ces raisons, les cardiologues sont massivement associés au mouvement de protestation de ce début d'année.



Luc Duquesnel
Président des Généralistes-CSMF

Convaincre les assurés que nous nous battons pour eux

Vous avez appelé vos confrères à se mobiliser massivement en ce début d'année. Pourquoi la médecine libérale est-elle en colère ?

La participation spectaculaire des praticiens libéraux, et particulièrement des médecins généralistes, est une réponse claire au climat anti-libéral qui prévaut actuellement, au sein du gouvernement, mais également chez une partie des parlementaires. Le déroulé chaotique de la discussion du PLFSS, qui contenait de nombreuses mesures liberticides dans sa rédaction initiale, en témoigne. Certes, nous avons pu obtenir des aménagements conséquents, profitant de la cacophonie qui règne à l'Assemblée Nationale, et qui a fait perdre la maîtrise du texte par le gouvernement. Cependant, l'intention demeure. La version finale de la LFSS maintient le principe d'un contournement du partenariat conventionnel par le directeur général de l'Assurance Maladie. En parallèle, le projet de loi sur les fraudes sociales, qui prévoit d'imposer la mise sous objectifs des praticiens pour la prescription des IJ ou pour certains actes onéreux, constitue un autre motif de mobilisation pour le corps médical. Elle entend nous faire passer pour des fraudeurs, avec de lourdes sanctions à la clé, alors que l'immense majorité des médecins libéraux ne font que répondre à la souffrance sociale et psychologique qui prévaut dans une société en déshérence. Enfin, nous devons rester vigilants face à une autre menace : le retour au Parlement des PPL Garot et Mouiller, qui entendent réduire notre liberté d'installation. Alors, pour toutes ces raisons, la médecine libérale ne doit pas désarmer. Il en va de nos conditions d'exercice, bien sûr, mais au-delà de l'avenir de notre système de santé pour tous les Français.

Qu'est-ce qui est en jeu, derrière ces attaques contre la médecine libérale ?

En premier lieu, c'est la question fondamentale de l'accès aux soins qui reste posée. Qui peut croire, aujourd'hui, que l'amélioration de l'accès aux soins peut se concevoir sans l'engagement quotidien des médecins libéraux ? Ce sont eux qui, aujourd'hui, s'organisent à l'échelle des territoires pour favoriser la coordination des soins, augmenter leur patientèle, fluidifier le recours à la médecine spécialisée,

développer la prévention et l'éducation à la santé des populations. Au lieu de soutenir ce mouvement, les pouvoirs publics s'entendent pour décourager les vocations chez les futurs praticiens et précipiter les départs en retraite des médecins installés. La mesure de la LFSS qui disqualifie le cumul emploi/retraite entre 65 et 67 ans, en particulier pour les femmes médecins, en témoigne. Le plus effrayant, c'est que nous avons réalisé, en rencontrant la Ministre, que ni elle ni son équipe n'avaient évalué cette difficulté ! Au-delà, nous devons nous interroger sur l'équilibre financier présenté pour 2026. L'ONDAM a certes été relevé, mais au prix d'un transfert financier de l'État vers la Sécurité Sociale, qui devait être voté par le Projet de Loi de Finances... lequel a finalement échoué. Tous les ingrédients sont là pour que notre inquiétude soit légitime. Au lieu de nous traiter de rentiers et de profiteurs, l'État devrait plutôt entendre ce que nous avons à dire.

Y a-t-il aujourd'hui une menace pour la pérennité de la médecine libérale, en particulier en médecine générale ?

Le climat politique actuel ne joue clairement pas en faveur de la médecine libérale. Outre la perte d'attractivité du métier pour les plus jeunes, la mise en place du dispositif des docteurs juniors, théoriquement prévu pour début novembre, est toujours dans l'attente des textes réglementaires. Et l'indemnisation de 1 200 euros des maîtres de stage a été supprimée, sans que nous ne sachions comment ni combien ils seront rémunérés pour encadrer des stages. Or, nous en attendons beaucoup pour transmettre la passion de notre métier et préparer la relève dans nos cabinets. Et il nous faut des moyens pour bien les accueillir. On nous promet que le réseau France Santé pourrait y contribuer... mais il n'y a toujours aucun cahier des charges définissant les engagements liés à ce dispositif ! De façon globale, on a le sentiment que les pouvoirs publics s'organisent pour discréditer l'exercice libéral et promouvoir le développement de la médecine salariée. Ils se trompent lourdement en croyant que ce modèle pourra répondre demain à la hausse programmée de la demande de soins.





Frédéric Cordet
Président du SYNMAAD

Tous les médecins libéraux sont potentiellement exposés

Le vote du PLFSS, malgré la suppression de certaines intentions initiales, n'a pas éteint le mouvement de contestation qui agite la médecine libérale. Comment jugez-vous le climat actuel ?

Sur le plan politique, c'est l'aboutissement d'une tendance qui monte depuis plusieurs années, celle d'entraver la liberté d'exercice et l'indépendance professionnelle des médecins libéraux. Avec ce texte de loi, et sous couvert de répondre à l'urgence financière, un tournant est franchi. Désormais, les autorités de santé entendent privilégier la loi et le décret au détriment du contrat conventionnel. Elles prennent le risque d'accroître les difficultés d'accès aux soins en décourageant les jeunes générations de s'installer. Elles contraignent nos conditions d'exercice en cherchant à attaquer le secteur 2, alors que ce dispositif a été mis en place il y a quarante-cinq ans pour compenser le blocage des tarifs qui continue de sévir aujourd'hui. Elles vont à l'encontre des besoins croissants en santé, alors que le vieillissement et les pathologies appellent à soutenir les soins de ville. Au lieu de cela, les gouvernements successifs continuent de préserver coûte que coûte l'hôpital public,

Elles prennent le risque d'accroître les difficultés d'accès aux soins en décourageant les jeunes générations de s'installer.

sans mener la réforme nécessaire sur la carte sanitaire et le recentrage des établissements sur leurs missions d'expertise.

Les gastro-entérologues sont-ils fortement mobilisés, aux côtés de leurs confrères, pour peser sur la décision publique ?

Très clairement oui, et nous l'avons vu dès les premiers jours de la contestation, où 800 confrères, sur 1 800 gastro-entérologues en exercice, ont rejoint le What'sApp que nous avons créé. À quelque chose malheur est bon : en persistant

dans ses intentions, le gouvernement provoque l'union sacrée de professionnels par nature individualistes. La pression de la masse, c'est le seul moyen pour faire plier des politiques sourds aux discours de bon sens exprimés par les médecins de terrain. C'est maintenant qu'il faut agir avec force. Même si nous ne sommes pas, pour le moment, directement concernés par les baisses de tarifs, le fait que le directeur de la CNAM puisse les imposer est une menace pour toutes les spécialités. Nous sommes inquiets, par exemple, sur la tarification de la coloscopie, notre acte

de référence et dont le tarif est gelé depuis plus de trente ans. Y toucher reviendrait à fragiliser la pratique de l'exploration fonctionnelle, alors qu'elle va nécessairement croître avec le vieillissement de la population.

Olivier Jourdain
Président de la CME-HP

La médecine libérale pourrait disparaître des cliniques

Êtes-vous inquiet pour l'avenir de la médecine libérale, après la promulgation de la LFSS 2026 ?

Sans aucun doute, d'autant que le scénario improbable de ce texte de loi témoigne de l'incohérence de la politique de santé qui sévit en France depuis quelques années. Au lieu d'investir dans la pertinence et l'efficacité des soins, que les médecins libéraux sont prêts à soutenir, le gouvernement Lecornu pratique le court-termisme budgétaire, sans se préoccuper des conséquences dommageables pour l'accès aux soins de la population. Ne nous trompons pas : les quelques spécialités ciblées aujourd'hui ne sont que les premières d'une longue liste. C'est dans ce but que l'ultime amendement de l'exécutif a accordé au directeur de la CNAM la possibilité de procéder à des baisses de tarifs arbitraires. Quelle profession accepterait que ses tarifs soient bloqués durant quinze ans, puis diminués de façon autoritaire, sous prétexte que la demande augmente inexorablement ? Diminuer la valeur des actes, c'est programmer la fin de la médecine libérale, dont toutes les études montrent pourtant qu'elle est davantage coût/efficace que l'hôpital public.



Cette politique délétère aura-t-elle des conséquences sur l'offre de soins hospitaliers privés ?

C'est probable, et d'abord en augmentant la perte d'attractivité de la médecine libérale en établissement. C'est le cas par exemple pour les urgences, dont le modèle économique ne tient déjà pas la route. De plus en plus de services tentent d'évoluer vers un modèle salarial, mais peinent à recruter. Toutes les disciplines sont à terme menacées, sans que ni les autorités de santé ni l'Assurance Maladie ne semblent le réaliser. Les plateaux techniques, qui exigent des moyens constants pour investir, risquent de disparaître. Au final, ce sont les malades qui en paieront le prix. Il faut rappeler que l'hospitalisation privée joue un rôle majeur pour l'accès aux soins des patients sur de nombreux territoires. Le mouvement de protestation, auquel nous sommes largement associés, doit être l'occasion de mieux informer le grand public sur son apport au service de la santé publique. Le système de santé est aux mains des hauts-fonctionnaires qui, par leurs mesures anti-libérales, risquent de précipiter sa chute.

Jean-Philippe Masson
Président de la FNMR

Restons unis pour mieux résister

Les radiologues sont parmi les premières spécialités visées par les mesures d'économies portées par les autorités de santé et l'Assurance Maladie. Mais le PLFSS a évolué en cours de débat. Quel regard portez-vous sur sa version définitive ?

Clairement, ce texte est la conséquence d'un défaut flagrant de gouvernance de la santé, marqué par la succession des Ministres et l'absence de stratégie au service de l'accès aux soins et de la qualité des pratiques. Il porte, dès le début, la marque d'une haute administration uniquement préoccupée par des équilibres budgétaires de court terme, et sans vision pour l'avenir du système de santé. Certes, les articles les plus inacceptables ont fini par être supprimés. Mais il faut surtout y voir le fruit des circonstances politiques et des calculs d'appareil à l'Assemblée Nationale, plus que d'une reprise en main par les politiques de la LFSS. Surtout, il reste le dispositif qui donne tout pouvoir au directeur général de l'Assurance Maladie sur la définition des tarifs. La LFSS 2026 est sans conteste une nouvelle illustration de la politique anti-médecine libérale qui règne actuellement au sommet de l'État. La terminologie des « rentes » utilisée dans le projet de loi en témoigne. Et les radiologues sont en effet

les premiers ciblés, mais six spécialités sont en réalité dans le collimateur aujourd'hui.

Sommes-nous dans le cadre d'un vaste mouvement de contestation, unissant toutes les composantes de la médecine libérale de façon durable ?

Je le crois, et la très forte mobilisation de la profession, en ce début d'année, montre qu'elle ne se laissera pas faire. L'union intersyndicale est historique, et il faut tenir sur la longueur et rester solidaires. Tous les médecins comprennent que le plan de réduction imposé aux radiologues, portant sur 300 millions d'euros et inauguré par les baisses tarifaires du 5 novembre, n'est que le prélude à une vague qui touchera toutes les spécialités. Dès le 1^{er} novembre, nous avons pu démontrer l'intérêt de certains outils de pression, comme la grève des FSE. Près de 500 000 n'ont pas été transmises par les radiologues ce mois-là. D'autres moyens d'action sont à travailler, tout en veillant à ne pas entraver la qualité et la continuité des soins pour nos patients.





BPCO et Maladies Cardio-Vasculaires

Les liaisons dangereuses

À l'occasion d'une web-conférence organisée par Evolutis DPC, avec le soutien institutionnel du laboratoire AstraZeneca, les Drs Bertrand Legrand, généraliste à Tourcoing, et Youcef Douadi, pneumologue à Amiens, ont fait le point sur la prise en charge de la BPCO. Ils ont notamment appelé à la vigilance sur le risque cardiopulmonaire associé à cette maladie.

Maladie chronique respiratoire, la Bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO) se caractérise par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes et des poumons, entraînant une gêne respiratoire. Chez les personnes atteintes, une inflammation des voies aériennes, et notamment des bronches, provoque l'épaississement de leurs parois, ainsi qu'une hypersécrétion réactionnelle de mucus. Une inflammation s'installe au niveau du tissu pulmonaire, ce qui entraîne des perturbations dans le fonctionnement des cellules qui le constitue. Les alvéoles pulmonaires qui permettent les échanges gazeux lors de la respiration sont progressivement détruites, conduisant à l'emphysème. Dans 80 % des cas, le tabagisme est à l'origine de la maladie. Mais d'autres causes sont également rencontrées, comme l'exposition à des polluants atmosphériques (air intérieur et extérieur), des infections respiratoires fréquentes durant l'enfance ou encore des facteurs génétiques. Le Trouble Ventilatoire Obstructif (TVO) s'évalue en mesurant le souffle par spirométrie. Un VEMS/CVF inférieur à 70 % et persistant après la prise d'un bronchodilatateur signe le diagnostic de BPCO.

DÉPISTER PRÉCOCÉMENT

Peu connue du public, la BPCO est pourtant fréquente. « Elle touche plus de 3,5 millions de patients en France, soit 6 à 8 % de la population française adulte, indique le Dr Bertrand Legrand, médecin généraliste à Tourcoing (Hauts-de-France). On estime que 18 000 personnes en décèdent chaque année, des suites de la maladie ou de comorbidités souvent associées. » À Tourcoing, Bertrand Legrand a créé une MSP qui regroupe 100 professionnels de santé, dont 80 généralistes. « La prise en charge de la BPCO et de ses comorbidités est au cœur du projet de santé de notre maison médicale, explique-t-il. Pour moi, la lutte contre la BPCO illustre parfaitement comment nous pouvons mieux nous organiser, en médecine générale, pour dépister davantage et adresser plus de patients aux pneumologues. » Pneumologue à la Clinique de l'Europe, à Amiens, le Dr Youcef Douadi évoque pour sa part l'importance d'une détection précoce de la BPCO, notamment pour traiter les complications associées. « C'est le cas pour les pathologies cardio-vasculaires, parmi les plus fréquentes des comorbidités, et qui augmentent le risque de décès. »

LA SPIROMÉTRIE, UN OUTIL UTILE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Pour Bertrand Legrand, l'enjeu est simple pour les médecins généralistes : peuvent-ils contribuer à changer la mortalité liée à la BPCO ? Ils ont d'abord un rôle déterminant à jouer en termes de dépistage. Selon la HAS, la première étape consiste à repérer les patients à risque, à partir d'un auto-questionnaire : sont-ils fumeurs, consommateurs de cannabis, exposés à des facteurs environnementaux ou des toxiques ou irritants dans le cadre professionnel ? Ont-ils une toux chronique et/ou une expectoration fréquente et/ou une dyspnée ? « Face au niveau de prévalence, nous devons nous mobiliser pour proposer systématiquement la spirométrie aux patients de plus de 40 ans fumeurs et à plus de 10 paquets/année, souligne Bertrand Legrand. Cela signifie que chaque médecin généraliste doit, sur une moyenne de 900 patients, repérer 50 à 60 patients atteints de BPCO. » Dans sa MSP, 22 % de la patientèle est identifiée comme « à dépister ». « Et pour ceux que nous avons fait "souffler", 25 % étaient positifs, contre 13 % en moyenne en médecine générale. »

RÉDUIRE LA PART DES « PERDUS DE VUE »

Bertrand Legrand souligne par ailleurs la difficulté du suivi des patients à risque. « La notion de "perdu de vue" est un réel problème. Lorsque nous adressons un patient pour une spirométrie par le biais d'un courrier, l'acte est effectué dans moins de la moitié des cas. Et les délais de prise en charge constituent également un facteur de renoncement pour les patients. » Pour lui, les médecins généralistes devraient réaliser eux-mêmes la spirométrie. « C'est un acte simple à réaliser, côté 40,28 euros et bientôt cumulable à un GS, et qui peut sauver des vies. » Une étude montre qu'entre 2010 et 2018, le nombre de médecins généralistes pratiquant la spirométrie est passé de 681 à 1683, soit +147 %. « Mais, dans le même temps, le nombre de spirométries réalisées par praticien a diminué de 8,18 à 6,82, soit -16,6 %. » Un constat qui nécessite, selon Bertrand Legrand, de faire la promotion de l'acte auprès des confrères. Bien sûr au delà du dépistage, le rôle du médecin généraliste est également clé dans la surveillance continue et la mise en place d'une prise en charge thérapeutique adaptée au profil de risque du patient BPCO.



AstraZeneca

Pour en savoir plus :
www.astrazeneca.fr

UN LIEN AVÉRÉ AVEC LE RISQUE CARDIAQUE

La prise en charge précoce de la BPCO est d'autant plus importante qu'elle est le plus souvent associée à d'autres pathologies chroniques. « C'est particulièrement le cas pour le risque cardio-vasculaire, avec une forte intrication entre les pathologies, indique le Dr Youcef Douadi. À titre d'exemple, La cardiopathie ischémique est la comorbidité la plus fréquente chez les personnes atteintes de BPCO. Le risque relatif d'infarctus du myocarde est 1,4 fois plus élevé chez les personnes atteintes de BPCO. Autres données la prévalence de la BPCO varie de 9 à 41 % chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, tandis que la prévalence de l'insuffisance cardiaque augmente chez les patients hospitalisés pour BPCO, allant jusqu'à 70 % pour ceux placés sous ventilation mécanique ». La BPCO en tant que telle est un facteur de risque cardio-vasculaire à prendre en compte, indépendamment du tabagisme.

L'EXACERBATION, VECTEUR DE COMPLICATION

Diverses études illustrent également l'impact majeur des exacerbations sur la santé cardio-vasculaire. « Après une exacerbation modérée ou sévère, le niveau de risque sur le plan cardiovasculaire est nettement plus élevé pour le patient, durant le mois qui suit et au-delà, précise Youssef Daoudi. Il est jusqu'à dix fois plus élevé dans le 1^{er} mois en cas d'exacerbation sévère et jusqu'à quatre fois plus élevé tous types d'exacerbations confondues. Ce risque reste 2 à 4 fois plus élevé à trois mois, et persiste jusqu'à un an après exacerbation. » C'est le cas notamment pour l'infarctus du myocarde (x 2 à 30 jours) et l'AVC (+ 40 % à 30 jours). Trois mécanismes sont à l'origine de ce sur-risque cardiopulmonaire lié à la BPCO, l'inflammation, l'hyperinflation ainsi que l'hypoxémie. Dans ce contexte la prévention des exacerbations s'impose comme un élément déterminant de la prise en charge du patient BPCO afin de réduire les événements cardio-pulmonaires pouvant conduire à une mortalité prématurée.

INTÉRÊT DE LA TRITHÉRAPIE POUR RÉDUIRE LA MORBI-MORTALITÉ ASSOCIÉE À LA BPCO

La stratégie thérapeutique à mettre en œuvre dépend du degré de sévérité de la BPCO, établi en fonction du Trouble Ventilatoire Obstructif (TVO), de l'intensité de la dyspnée ainsi que du risque d'exacerbation. Les objectifs de la prise en charge de la BPCO visent à réduire les symptômes mais aussi à réduire les risques. « Avant toute initiation de trai-

“
La vaccination constitue également un vecteur de prévention du risque d'exacerbation, il faut veiller à l'actualisation du statut vaccinal du patient.



Bertrand Legrand

“
Les généralistes ont vocation à dépister les patients qui n'iront jamais consulter et à les orienter à temps vers les spécialistes.

“
Pour l'arrêt du tabac, j'utilise la courbe de Fletcher, qui vise à comparer l'âge pulmonaire des fumeurs et des non fumeurs. C'est nettement plus efficace que le simple conseil pour convaincre le patient.



Youcef Douadi

“
La spirométrie permet seulement de qualifier la gravité de la BPCO à partir de la courbe débit/volume. Pour nous, pneumologues, l'évaluation du souffre en cabine permet d'évaluer les conséquences de la BPCO, par exemple sur la présence ou non d'un emphysème.

tement, la priorité est de convaincre le patient d'arrêter le tabac, indique Youcef Douadi. C'est plus efficace que tous les traitements prescriptibles ». Plusieurs traitements sont alors envisageables, en fonction de la nature de la BPCO. Tout dépend si le patient appartient au groupe A (peu essoufflé), au stade B (plus essoufflé) ou au stade E (essoufflement + exacerbations). Les recommandations GOLD 2023 soulignent pour la première fois l'intérêt des trithérapies, des thérapeutiques qui ont montré un impact sur la baisse de la mortalité toutes causes. Ces trithérapies sont aujourd'hui recommandées pour ces patients du groupe E. L'étude ETHOS¹, qui étudie la triple thérapie BUD/GLY/FORM vs LAMA/LABA chez des patients BPCO symptomatiques avec exacerbations fréquentes ou sévères montre une réduction de 24 % des exacerbations modérées ou sévères en critère principal, ainsi qu'une réduction à 16 % des exacerbations très sévères en critère secondaire. Également observée dans cette étude une réduction de la mortalité toutes causes de 49 % vs Laba/Lama. « Plus elle est instaurée précocement, plus on observe un effet sur la diminution des exacerbations. » Autre approche intéressante, Youcef Douadi évoque le rôle des bêtabloquants. « Les bêtabloquants cardio sélectifs agissent efficacement sur la réduction des exacerbations. Il faut simplement veiller à l'équilibre du traitement. » Enfin, au-delà des médicaments, il rappelle l'importance des mesures de réadaptation. « L'exercice physique, par exemple 30 minutes de running par jour, réduit de 30 % les risques de mortalité, toutes causes confondues. »

1. Rabe KF, Martinez FJ, Ferguson GT, Wang C, Singh D, Wedzicha JA, et al. Triple inhaled therapy at two glucocorticoid doses in moderate-to-very-severe COPD. N Engl J Med. 2020;383(1):3548

Soumission chimique : vers un accès aux preuves simplifié

Depuis le mois de janvier, une expérimentation permet le remboursement des tests de dépistage de la soumission chimique sans obligation de déposer plainte. Ce dispositif est actuellement expérimenté dans les régions Hauts-de-France, Île-de-France et Pays de la Loire, avant une extension prévue en Guadeloupe. Menée sur trois ans, cette phase pilote doit permettre de mesurer l'efficacité du dispositif et son impact sur la prise en charge des victimes. Forme de violence encore peu signalée, la soumission chimique altère la conscience et la mémoire privant ainsi les victimes de leur consentement et compliquant la reconnaissance des faits. Avant cette expérimentation, l'accès aux examens biologiques était souvent conditionné à une plainte, un frein majeur pour des personnes en état de sidération ou incapables de relater les événements. Désormais, toute personne munie d'une ordonnance pourra effectuer les prélèvements dans un laboratoire spécialisé. Les analyses seront intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie. Les résultats seront communiqués lors d'une consultation médicale et pourront, si la victime le souhaite, servir de preuve judiciaire. Le Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances accompagnera le dispositif avec des parcours coordonnés associant soins médicaux, soutien psychologique et aide judiciaire. À tout le moins, cette mesure marque une avancée majeure dans la lutte contre les violences sexuelles.

Santé mentale : le gouvernement mise sur la continuité

Grande Cause nationale en 2025, la santé mentale le sera également en 2026. Cette décision gouvernementale intervient dans un contexte marqué par une hausse des besoins, aggravée par les conséquences des crises sanitaires et sociales, et doit permettre de combler les lacunes persistantes en matière de prévention, d'accompagnement et de prise en charge, notamment pour les jeunes, les personnes isolées et les publics vulnérables. Parmi les priorités figurent le développement des dispositifs d'écoute, le renforcement des structures ambulatoires et hospitalières ou encore l'augmentation des ressources humaines spécialisées. Des campagnes de sensibilisation seront également menées pour lutter contre la stigmatisation et encourager un recours précoce aux soins. La prolongation de cette Grande Cause nationale s'accompagne d'un budget réévalué et de mesures concrètes, telles que la formation des professionnels de santé, le soutien aux initiatives locales et le déploiement de nouveaux outils numériques de suivi et d'orientation. Cette initiative consacre la volonté du gouvernement de placer la santé mentale au cœur des politiques de santé publique. En reconnaissant son impact sur la qualité de vie, la cohésion sociale et la productivité, elle fait de ce sujet sensible une priorité nationale durable qui nécessite un engagement collectif et doit mobiliser tous les acteurs de la société.

Papillomavirus humains : la vaccination scolaire accélère, mais...

La dernière campagne de vaccination contre les papillomavirus humains, menée en milieu scolaire, confirme une nette progression de la couverture vaccinale chez les adolescents. Selon Santé publique France, plus de 116 500 vaccins ont été administrés dans les collèges et les établissements médico-sociaux durant cette seconde édition, principalement auprès des élèves de cinquième. Chez les enfants nés en 2012, la couverture pour au moins une dose atteint désormais 54 % chez les filles et 43 % chez les garçons, soit une hausse respective de 16 et 14 points. Pour un schéma complet à deux doses, les taux s'élèvent à 35 % chez les filles et 27 % chez les garçons. Malgré les progrès réalisés, les résultats affichés demeurent loin des objectifs fixés, soit un taux de couverture vaccinale de 80 % en 2030. Les autorités sanitaires misent sur deux grands leviers pour améliorer la performance de ce dispositif scolaire : intensifier les efforts d'information et de mobilisation et renforcer la confiance des familles pour protéger durablement les adolescents. Précision notable : les infections à HPV sont fréquentes et peuvent provoquer plusieurs cancers, notamment celui du col de l'utérus, mais aussi des cancers ORL et anogénitaux. Recommandée avant le début de la vie sexuelle, la vaccination reste un outil essentiel de prévention.



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

PAR LE PRINCIPAL SYNDICAT PLURICATÉGORIEL DE MÉDECINS

En distanciel et en cours du soir

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

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

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

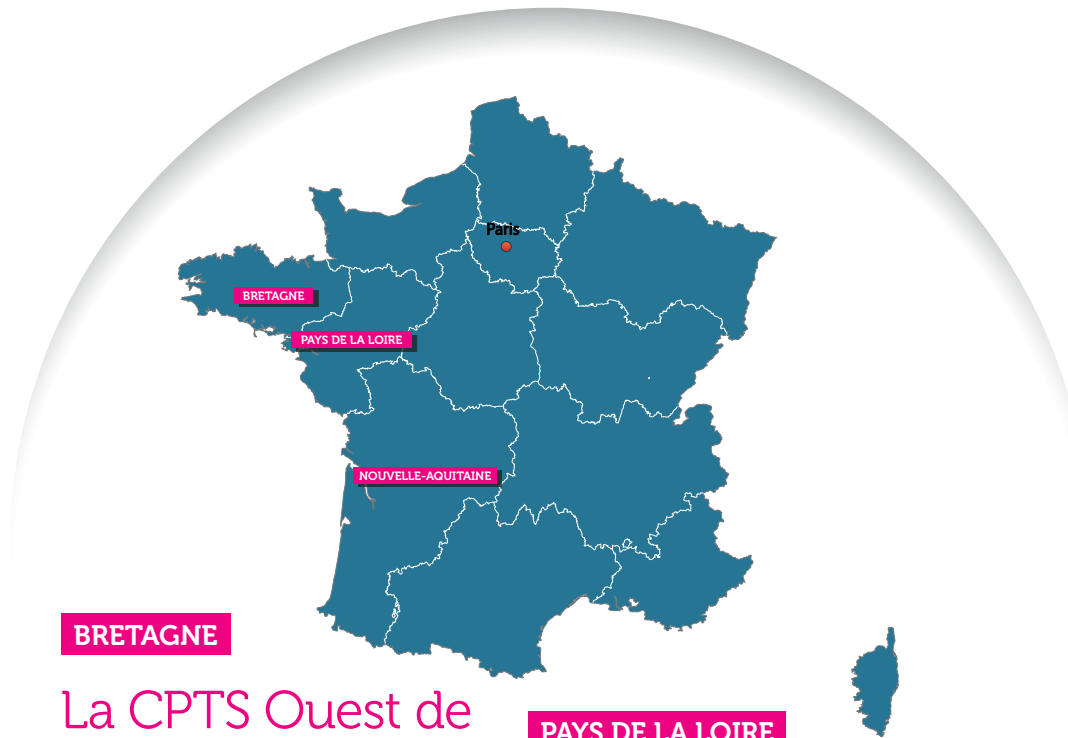
Pour toute demande d'information :

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



NOUVELLE-AQUITAINE

Un nouveau souffle pour la médecine générale ?

À compter du mois de novembre, la région Nouvelle-Aquitaine accueillera près de 300 docteurs juniors en médecine générale dans ses 12 départements, afin de renforcer l'accès aux soins de proximité. Jeunes médecins en dixième année ayant soutenu leur thèse, ces docteurs juniors effectueront une année complémentaire en autonomie supervisée par un maître de stage universitaire. Ce dispositif consolidera leurs compétences cliniques, notamment en gestion de patientèle et en coordination des soins, tout en favorisant leur immersion dans la pratique.

Cette opération sera pilotée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et soutenue par une forte mobilisation locale : 508 médecins en exercice se sont déjà portés volontaires pour encadrer ces jeunes praticiens. Leur accueil sera priorisé selon les besoins des populations, identifiés via la densité médicale, les zones d'intervention prioritaire et les zones d'action complémentaire. Au-delà du renfort immédiat, cette démarche doit inciter ces futurs médecins à s'installer durablement dans les territoires. L'ARS accompagnera les structures d'accueil pour optimiser leur intégration, notamment en matière de logement et de conditions de travail. Cette mesure complète les actions engagées pour rapprocher l'offre de soins des habitants.

NB : cette initiative s'inscrit dans le cadre de la réforme des études de médecine générale et du Pacte de lutte contre les déserts médicaux.

BRETAGNE

La CPTS Ouest de Rennes est lancée

La CPTS Ouest de Rennes a été officiellement lancée en décembre dernier. Couvrant neuf communes de l'ouest rennais, la structure compte 81 professionnels de santé libéraux, mais aussi des représentants du CHU de Rennes, du Centre intercommunal d'action sociale et de l'antenne locale du Dispositif d'appui à la coordination DAC'tiv. Elle intègre également cinq maisons de santé pluriprofessionnelles et quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. « *Un maillage solide pour répondre aux besoins locaux* », soulignent les porteurs du projet, qui affichent clairement leurs trois grandes priorités : fluidifier les parcours de soins, renforcer la prévention et structurer des dispositifs ciblés. Parmi les actions phares figurent notamment la mise en place de parcours en oncologie pour les cancers du sein et colorectal, avec un volet dépistage, et un programme dédié à la santé mentale des jeunes. Inscrite dans la stratégie nationale « Ma Santé 2022 », cette CPTS doit aussi permettre de faciliter les soins non programmés, d'optimiser la prise en charge des patients chroniques et de réduire les ruptures entre ville, médico-social et hôpital. Dans le cadre de cette initiative, les signataires du contrat associatif interprofessionnel entendent relever les défis démographiques et épidémiologiques, en s'appuyant sur une coopération renforcée et une vision partagée des enjeux de santé locale.

NB : la CPTS Ouest de Rennes couvre un bassin de population de 43 700 habitants.

PAYS DE LA LOIRE

Un partenariat innovant autour de la santé mentale des soignants

L'URML des Pays de la Loire et l'Institut pour la santé des soignants ont signé un partenariat innovant pour améliorer la santé mentale et la qualité de vie des professionnels de santé et des étudiants. Cette collaboration doit notamment renforcer le soutien psychologique et le bien-être de ceux qui sont particulièrement exposés au stress et aux risques psychosociaux. Grâce à cette collaboration, les médecins libéraux, installés ou remplaçants, les internes, les assistants médicaux et les secrétaires peuvent accéder gratuitement à un ensemble de services dédiés. Ces dispositifs incluent un accompagnement psychologique individualisé, des ateliers pratiques pour la gestion du stress, mais aussi des ressources numériques sur la santé mentale et la prévention du burn-out. Ce partenariat illustre la volonté commune de l'URML et de l'association SPS : offrir des solutions concrètes et accessibles pour accroître la résilience des professionnels, préserver leur équilibre et garantir des soins de qualité. À travers cette démarche, les Pays de la Loire se positionnent comme un modèle en matière de prévention et d'accompagnement personnalisé pour les soignants.

NB : les professionnels et les étudiants intéressés doivent contacter l'URML par mail pour obtenir leur code d'accès et bénéficier de tous les services proposés : contact@urml-paysdelaloire.org

CAHPP^{eu} s'engage pour l'humanité du soin

Christophe Sadoine

Président Directeur Général de CAHPP
et Directeur Général de deux cliniques
dans le nord de la France



Président de CAHPP et gestionnaire d'établissements sanitaires dans le nord de la France, Christophe Sadoine détaille les valeurs et les engagements de cette coopérative d'achats, créée en 1972 et qui compte plus de 3 500 adhérents.

Vous présidez CAHPP depuis plus de quatre ans. Pouvez-vous nous en dire plus sur votre parcours professionnel ?

Je préside en effet CAHPP depuis 2021, mais je suis en réalité engagé dans le champ des achats responsables depuis plus de vingt ans, en tant qu'administrateur de cette centrale de référencement unique en son genre. Je dirige par ailleurs deux établissements de santé, dans le nord de la France, spécialisés dans les Soins Médicaux et Réadaptation SMR avec comme spécialités reconnues (cardiologie, maladies respiratoires, addictions, obésité, orthopédie, et gériatrie...). Mon destin était tout tracé : mon père dirigeait lui-même des établissements de santé. Après des études en expertise-comptable et en économie, j'ai obtenu un DESS de gestion hospitalière à Montpellier. J'ai choisi la santé parce c'est un secteur empreint de profondes valeurs humaines, mais également pour la grande diversité de ses métiers. En acceptant de prendre la présidence de CAHPP, j'ai souhaité poursuivre l'œuvre de mon prédécesseur, Yvon Bertel-Venezia, tout en transformant et modernisant ses pratiques, dans le but de nous préparer aux nombreux enjeux liés à l'achat dans le domaine du soin.

Quelles ambitions portez-vous pour CAHPP, dans un contexte financier de plus en plus compliqué pour les établissements ?

La vision que nous portons est celle de l'achat responsable, qui permet à chaque établissement de s'adapter et de progresser, dans un environnement économique de plus en plus complexe. Loin d'être seulement une centrale d'achat, CAHPP est un expert du conseil et du référencement, qui accompagne les établissements dans l'optimisation de leurs performances économiques, organisationnelles et humaines. Grâce à la compétence de nos équipes, nous avons la capacité de soutenir les établissements dans leur démarche de référencement des achats, leurs audits de pratiques et la formation de leur personnel. CAHPP dispose d'une forte expertise dans divers domaines, comme la négociation de prix attractifs grâce à la massification des volumes d'achat, une offre très vaste illustrée par les 350 000 références de nos catalogues en ligne et un haut niveau de conseil et d'expertise personnalisé selon les spécificités de chaque établissement.

Vous mettez souvent en avant les valeurs que vous défendez. Pouvez-vous nous les décrire ?

La valeur capitale qui nous anime, c'est de contribuer, aux côtés des établissements que nous accompagnons, à une évolution harmonieuse du soin. Cela passe d'abord par la nécessité de répondre aux enjeux de la performance, qui challengent tous les jours le pilotage et la gestion des activités des soignants. Et nous sommes convaincus que le sens

et la qualité du service, à l'écoute des besoins de chacun, doit être au cœur de toutes nos actions. Nous croyons également aux bienfaits de la diversité. C'est une source de richesse illimitée et la garantie de rencontres et de coopérations entre des points de vue différents. Enfin, et c'est l'une de nos principales particularités : l'éthique, la protection de l'environnement et le progrès social sont au centre de nos préoccupations.

Justement, vous avez été pionniers sur la transition écologique, en créant il y a 13 ans l'Indice Vert. Comment contribue-t-il à la décarbonation du système de santé ?

En effet, nous avons initié dès 2009 un partenariat inédit avec C2DS, avec la création d'un service dédié au développement durable. Trois ans plus tard, la création de l'Indice Vert a marqué une nouvelle étape. Ce baromètre de référence des engagements RSE portés par les fournisseurs de CAHPP s'appuie sur des critères d'évaluation qui n'ont cessé de se renforcer d'année en année. L'édition 2025 a témoigné de la légitimité de l'Indice Vert, auquel 416 fournisseurs ont répondu, soit une nette augmentation depuis l'année précédente. Depuis 2024, nous avons également lancé l'Indice Vert contrôlé, qui permet de vérifier sur site les données déclarées et de valoriser ainsi les démarches les plus abouties. Enfin, nous avons obtenu la labellisation SOCOTEC (une société de contrôle technique), qui atteste de la conformité de l'Indice Vert avec les objectifs de réduction des émissions GES et confirme sa solidité méthodologique.

Comment voyez-vous évoluer les besoins de la fonction achat dans les activités de soins, dans les prochaines années ?

Outre la montée en puissance légitime des attentes de la société en termes de réduction des impacts environnementaux, la fonction achats est appelée à se complexifier, avec l'accélération du progrès technologique et thérapeutique, mais également avec les enjeux liés au développement du numérique et de l'intelligence artificielle. Notre méthode, chez CAHPP, est de progresser pas à pas, aux côtés de nos adhérents, afin de s'assurer que l'acquisition de l'innovation s'effectue sur la base de preuves de valeur avérées, au service de l'optimisation du soin. Le second défi a trait aux mutations organisationnelles de l'offre de santé. Le système de santé va devoir profondément se transformer avec le vieillissement de la population et la transition épidémiologique. Nous sommes très attentifs à plusieurs tendances, comme les virages ambulatoire et domiciliaire, le développement de l'HAD et du maintien à domicile, et les regroupements pluriprofessionnels à l'échelle des territoires. Et nous entendons apporter notre pierre, en contribuant à l'efficacité économique des nouvelles structures de la santé.

SNDS : un gisement unique en Europe

Le Système National des Données de Santé centralise des informations médico-administratives, utilisées pour analyser et améliorer la santé de la population, dans un cadre sécurisé garantissant confidentialité et intérêt général.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le Système National des Données de Santé est un entrepôt pseudonymisé regroupant des informations médico-administratives qui couvrent la quasi-totalité de la population française. Créé il y a dix ans, il intègre les données issues des remboursements de soins (Sniiram), des hospitalisations (PMSI) et des causes médicales de décès (CépiDC), mais aussi les données relatives au handicap (CNSA) et celles liées au Covid-19 (VAC-SI, SI-DEP...). Conçu pour améliorer la connaissance des dépenses de santé, la qualité des soins et la recherche médicale, le SNDS permet de suivre les parcours de soins, d'analyser la mortalité et d'évaluer les politiques publiques. Les données sont conservées vingt ans et accessibles dans un cadre sécurisé. Publiés en 2019 et en 2021, deux décrets ont progressivement élargi son périmètre et renforcé sa gouvernance, confirmant ainsi son rôle stratégique et unique en Europe.

DES FINALITÉS ENCADRÉES

Le SNDS constitue l'une des plus grandes bases de données de santé au monde. Toutes les informations recueillies sont utilisées pour des études, des recherches et des évaluations d'intérêt public dans des finalités autorisées : suivi de la santé et de l'offre de soins, analyse des politiques et des dépenses publiques, veille sanitaire, innovation et recherche médicale. L'usage des données est strictement réglementé : il est formellement interdit de les exploiter à des fins commerciales,

comme la promotion de produits de santé ou la modification de contrats d'assurance. Chaque citoyen dispose de droits d'accès, de rectification et d'opposition, conformément aux dispositions inscrites dans le Code de la santé publique. L'accès aux données s'effectue dans un cadre sécurisé garantissant la confidentialité, l'intégrité et la traçabilité des traitements, afin de protéger les informations personnelles.

LES DONNÉES PRÉSENTES... ET ABSENTES

Le Système National des Données de Santé regroupe des informations essentielles pour analyser les parcours de soins. Il inclut les dépenses et les remboursements liés aux soins de ville (consultations, actes techniques...), aux prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux et aux autres prestations comme les cures ou les transports. Il inclut également les soins hospitaliers, les séjours avec diagnostics, les indemnités journalières (maladie, maternité, ATMP...) et les données d'invalidité. Le SNDS contient des données sur les affections de longue durée, des informations générales sur les patients (âge, sexe, lieu de résidence, couverture complémentaire, date et causes de décès, médecin traitant...) ainsi que des renseignements sur les professionnels de santé (spécialité, mode d'exercice, localisation...). En revanche, il n'inclut pas les résultats d'examens cliniques ou biologiques, les motifs de consultation, les facteurs de risque (tabac, alcool, nutrition...), ni les données sociales détaillées.



LE CHIFFRE-CLÉ

99 %

C'est la proportion de la population française couverte par le Système National des Données de Santé, soit plus de 67 millions de personnes, 1,2 milliard de feuilles de soins, 11 millions de séjours hospitaliers et 500 millions d'actes médicaux sont traités, enregistrés ou comptabilisés chaque année.

LE FAIT MARQUANT

IA et données de santé :
la France structure sa stratégie nationale

La France s'est récemment dotée d'une stratégie nationale dédiée à l'intelligence artificielle et à l'utilisation secondaire des données de santé pour la période 2025-2028. Objectif de la démarche : mieux exploiter les données issues du système de soins, hors prise en charge directe des patients, pour soutenir la recherche, l'innovation et les politiques de santé publique. Dévoilée en juillet dernier, cette stratégie pluriannuelle doit notamment permettre de simplifier l'accès sécurisé aux données, de renforcer la transparence vis-à-vis des citoyens et de préparer l'entrée en vigueur de l'Espace européen des données de santé. Elle encadre également le déploiement de l'IA en santé, en insistant sur l'éthique, l'évaluation des outils et l'accompagnement des professionnels, afin de concilier innovation, souveraineté et confiance.



CSP MED FACILITE VOTRE QUOTIDIEN

QUE PROPOSE CSP MED ?

En adhérant à la solution CSP MED, vous choisissez une formule de gestion de vos salariés adaptée à vos besoins réels, sans surcoûts inutiles grâce à une tarification transparente et calculée au plus juste.

COMBIEN CELA VA-T-IL ME COÛTER ?

Vous avez le choix entre 2 formules :

**Une formule
“gestion sociale”
uniquement**

31 € HT / MOIS

- Préparation et réalisation de la paie
- Bulletins
- Déclarations sociales
- Variables de paie sans surcoûts (primes, congés, maladie, heures supplémentaires)

Une formule complète

**5 % DU SALAIRE BRUT
DU PERSONNEL
DE CABINET**

En plus de la formule “gestion sociale” :

- Conseil juridique social, avenants, ruptures conventionnelles, procédures de licenciement, entretiens professionnels, etc.

**Le tout,
sans aucun surcoût !**

**VOUS SAVEZ D’AVANCE CE QUE
VOUS PAYEZ ! AUCUN COÛT CACHÉ !**

Contactez-nous : info.services@csmf.org



à Déguster

LE DIPLOMATE

C'était, depuis 1928, l'un de ces bars-café-tabac qui peuplaient les rues de Paris et contribuaient à son image de la convivialité de quartier. C'est, aujourd'hui, une brasserie Art-Déco, qui témoigne aussi de l'embourgeoisement de cette partie du 17^e, à deux pas de la place des Ternes et du Parc Monceau. Installés sur les banquettes en velours bouteille, on peut également se transporter dans le wagon-restaurant de l'Orient-Express, qui fut un étendard du style de l'Art Déco. Côté cuisine, la carte est plus orientée terre que mer et revisite avec finesse le répertoire de la brasserie bistrannique. Pas de surprise, mais l'assurance d'un choix rigoureux sur la provenance et la qualité des produits. À profiter entre copains, pour un déjeuner d'affaires plus conventionnel, ou le soir en bonne compagnie...

Le Diplomate, 110, boulevard de Courcelles, Paris 17. Tél. : 01 42 27 86 31.
www.lediplomate17.com

à Lire

DEMAIN, NOTRE SANTÉ



Elle a plutôt laissé un bon souvenir, à l'époque où les ministres de la Santé pouvaient encore agir pour transformer le cours des événements. On se souviendra de son courage pour imposer l'obligation vaccinale chez les enfants. On lira avec intérêt sa pensée d'aujourd'hui, au moment où tout va plus mal. Fidèle à ses positions actuelles,

Agnès Buzyn parle d'une voix forte pour insister sur la coopération interprofessionnelle, la promotion de la pertinence des soins et l'incitation efficace à la prévention pour tous les publics, y compris et surtout les plus éloignés de la littérature en santé. À lire, sans doute, avec un brin d'esprit critique, mais sans perdre de vue la sincérité d'une personnalité politique qui, au moins, connaît son sujet en profondeur.

Demain, notre santé,
 par Agnès Buzyn.
 Plon, 224 pages,
 20 euros.

à Voir

DIS, QUAND REVIENDRAS-TU ?

En voilà une belle idée ! Jusqu'au 5 avril 2026, la BnF François-Mitterrand, dans le 13^e arrondissement, propose de visiter l'univers de création de Barbara, l'inoubliable interprète de « L'Aigle Noir » et de « Göttingen ». L'exposition présente le fonds documentaire légué en 2023 par l'association Barbara Perlimpinpin au département de la Musique de la Bibliothèque Nationale de France. Elle rassemble des archives de travail qui couvrent les dernières années de sa carrière, de 1981 à son décès, en 1997. À travers des affiches, des coupures de presse, des photographies et des programmes, un parcours chronologique permet de découvrir les grands moments de sa vie d'artiste, de ses débuts modestes comme simple interprète dans des cabarets en Belgique, jusqu'à ses derniers concerts qui ont marqué toute une génération. Si elle composa 15 albums studio et écrivit une centaine de chansons, c'est avec son public qu'elle donna la pleine mesure de son immense talent.



BnF François-Mitterrand, Paris 13^e,
 du 29 janvier au 5 avril,
www.bnf.fr/fr/francois-mitterrand

*Professionnels de santé, vous êtes ici.
C'est parfait, nous aussi.*

77 bureaux
partout en France et dans les DOM

Interfimo

PARTENAIRE ET FINANCIER DES PROFESSIONS LIBÉRALES



Scannez
et contactez-nous !



Ensemble pour la santé, ensemble pour 2026 :
Les équipes INTERFIMO vous souhaitent une belle et heureuse année.

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 2026

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