



Systeme de santé les sept péchés capitaux

Rencontre

Pr Mathieu Molimard

Chef du service de pharmacologie
médicale
CHU de Bordeaux

Brèves Personnalités

**Élisabeth Hubert,
Hela Ghariani
Éric Chenut
Philippe Berta**

Pratique

Forfait médecin traitant :
une réforme qui redéfinit la médecine
générale

En hausse :
taux de
rendement 2025
du Fonds
en euros RES*
3,15%

net de frais de gestion et brut de prélèvements sociaux et fiscaux.

Un des **meilleur taux du marché**
depuis plus de 10 ans.

Les performances passées ne préjugent pas des performances futures.

À découvrir ici



Ensemble, prenons soin de demain

macsf.fr

3233

Service gratuit
+ prix appel

PUBLICITÉ

* Le Fonds en euros RES est disponible à l'investissement sur les contrats d'épargne de la MACSF.

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 médecine libérale affaiblie, c'est l'accès aux soins qui recule

Lorsque la médecine libérale s'affaiblit, c'est toujours l'accès aux soins qui recule. Cette réalité, les Français la vivent aujourd'hui dans de nombreux territoires, et elle doit nous conduire à regarder lucidement les évolutions de notre système de santé.

La confiance renouvelée qui m'a été accordée à la présidence de la CSMF m'honore et m'oblige. Elle prolonge un travail collectif fondé sur une conviction simple : le médecin libéral demeure au cœur de la réponse sanitaire de proximité.

Le bureau qui m'accompagnera pour cette nouvelle mandature s'inscrit dans la continuité tout en affirmant un renouvellement assumé : de nouvelles personnalités, davantage de femmes, davantage de médecins investis dans les territoires et dans les organisations territoriales viennent enrichir notre action collective. Cette diversité renforce notre capacité à porter la réalité du terrain et les attentes de la profession.

Car notre métier a profondément évolué. Les responsabilités se sont accrues, la coordination est devenue permanente, les contraintes administratives se sont multipliées, les attentes sociétales se sont renforcées. Pourtant, la reconnaissance de la valeur de notre expertise n'a pas progressé au même rythme.

C'est l'un des enjeux majeurs des années à venir : redonner au temps médical, à la responsabilité et à la compétence du médecin libéral la place qu'ils méritent.

Dans le même temps, la médecine salariée est devenue numériquement majoritaire. Ce constat ne doit pas nourrir de faux débats, mais il appelle une observation simple : cette évolution ne s'est pas traduite par une amélioration de l'accès aux soins.

Aucun modèle ne peut répondre seul aux besoins de santé. Si l'on fragilise la médecine de proximité, l'accès aux soins recule. La réponse durable passe par une médecine libérale forte, attractive, reconnue, capable d'attirer les nouvelles générations et de garantir partout une présence médicale responsable.

C'est cette ambition que la CSMF continuera de porter avec détermination, parce qu'elle engage à la fois l'avenir de notre profession et celui de notre système de santé.

Dr Franck Devulder,
Président de la CSMF

4 | Rencontre

Pr Mathieu Molimard,
chef du service de pharmacologie médicale, CHU de Bordeaux

6 | Brèves Personnalités

4 personnalités
Convention médicale : les discussions reprennent
Certification : les référentiels sont publiés
En chiffres

8 | Dossier

Système de santé :
les sept péchés capitaux

13 | Société Santé

Désinformation en santé : vers une « infovigilance » renforcée
Obésité : une stratégie nationale recentrée sur les soins primaires
Espérance de vie en bonne santé :
un défi pour la médecine de ville

16 | Coordination Santé

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

17 | Pratique

Forfait médecin traitant :
une réforme qui redéfinit la médecine générale

18 | à Quoi ça sert ?

Registre national des cancers : un outil stratégique
pour la prise en charge et la recherche

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 Janvier 2026

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.

Pr Mathieu Molimard,
chef du service
de pharmacologie médicale,
CHU de Bordeaux

Agir massivement contre la désinformation en santé

Investi depuis plusieurs années dans la lutte contre la désinformation, il est le co-auteur, avec Dominique Costagliola et Hervé Maisonneuve, d'un rapport commandé par Yannick Neuder et remis en janvier à Stéphanie Rist. Un travail d'ampleur qui propose neuf axes d'action.

VOUS AVEZ CO-RÉDIGÉ LE RAPPORT REMIS EN JANVIER DERNIER SUR LA DÉSINFORMATION EN SANTÉ. EN QUOI REPRÉSENTE-T-ELLE UN RISQUE MAJEUR POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ?

La désinformation en santé a toujours existé, mais elle augmente de façon préoccupante ces dernières années. La crise sanitaire du Covid-19, de même que l'émergence de menaces sanitaires récurrentes, ont eu pour effet paradoxal d'accroître la circulation de fausses informations, d'interprétations scientifiquement infondées et de contenus manipulés. Plus récemment, avec le changement de gouvernement aux États-Unis, un nouveau risque s'impose, celui d'une désinformation d'État. La santé est devenue un espace privilégié pour l'expression de la post-vérité, instrumentalisée au bénéfice d'une ligne politique anti-science, voire anti-démocratique. Les effets de cette désinformation, démultipliée par la viralité numérique, sont potentiellement dramatiques pour les populations. La perte de confiance vaccinale favorise la réémergence de maladies qu'on pensait éradiquées, comme la rougeole aux États-Unis. La mortalité infantile augmente, l'espérance de vie diminue, parce qu'un certain nombre de patients, fragilisés par la peur de la maladie, se détournent des traitements scientifiquement validés pour écouter des charlatans, des gourous, qui vendent leurs pseudos produits miracles. Au-delà de la santé publique, ce sont nos modèles du « vivre ensemble » qui sont concernés. La désinformation fragilise la cohésion sociale, pèse sur le débat citoyen, désunit les familles et affaiblit la confiance dans la science.

COMMENT S'ATTAQUER AU PHÉNOMÈNE DE FAÇON EFFICACE ?

Il faut d'abord s'attacher à en comprendre les ressorts. Dans le rapport, nous identifions trois fragilités qui contribuent à sa prospérité : une éducation scientifique et à la santé insuffisante dans la population, une difficulté réelle à juger la fiabilité des sources d'informations disponibles, un rapport à l'information bouleversé par le numérique. Le diagnostic des personnes que nous avons interrogées est unanimement partagé : les « sachants » sont démunis, peu formés à diffuser la bonne information et aider le public à s'orienter, dépassés par la viralité de la désinformation. Nous appelons à déployer une stratégie cohérente et opérationnelle, fondée sur six piliers : Détection, Éducation, Formation, Information, Sanctions et Recherche. Il est nécessaire, en premier lieu, d'éduquer dès le plus jeune âge, afin de permettre aux citoyens d'exercer leur esprit critique et de choisir les bonnes sources d'information. Il faut également former et sensibiliser les médiateurs (scientifiques, journalistes...) afin qu'ils s'arment pour contrer la désinformation. Rien ne sert de répondre directement : il faut « noyer » les fake news dans un volume plus important d'informations fiables. Nous devons également investir dans la recherche en sciences humaines. Notre rapport propose notamment de créer un observatoire de la santé. Cette plateforme, accessible par le portail Sante.fr, disposerait d'une IA générative conversationnelle, d'un annuaire d'experts et d'un système d'infovigilance (destiné à repérer les nouveaux cas de désinformation en santé).



VOUS PROPOSEZ ÉGALEMENT UN INFO-SCORE SANTÉ. DE QUOI S'AGIT-IL ?

L'idée est de s'inspirer du Nutri-Score, déployé dans l'alimentation. L'Info-Score Santé aurait pour objectif d'évaluer la qualité éditoriale des informations diffusées. Le niveau de notation varierait selon divers critères, comme la validation scientifique, la transparence des liens d'intérêt, la traçabilité des sources, l'actualisation régulière, la gestion des erreurs. Il faut bien comprendre que ce que nous suggérons derrière cette approche, c'est qu'il faut donner les clés pour identifier les sources fiables. Plutôt que de s'évertuer à combattre de front la désinformation, il faut habituer les citoyens à privilégier la bonne information. Mais, pour y parvenir, il faut que cette information soit fiable, compréhensible, facile d'accès, pédagogique et agréable à lire.

QUEL DOIT ÊTRE LE RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA PROMOTION DE LA BONNE INFORMATION ?

Il est évidemment essentiel, car les professionnels de santé, et en premier lieu ceux qui sont en contact de proximité, restent très légitimes auprès du public. Il faut en priorité renforcer leur formation, les aider à adapter les nouveaux codes de la communication, leur apprendre à mieux convaincre. Au-delà,

nous recommandons également que l'ensemble des acteurs de santé – Ministère, agences, établissements, académies, sociétés savantes, associations, organismes – conçoivent et rendent public un plan d'information et de lutte contre la désinformation.

FAUT-IL CHERCHER À SANCTIONNER LES DÉSINFORMATEURS ?

Dans une certaine mesure, oui, en les touchant d'abord au portefeuille. Le dispositif réglementaire actuel doit être appliqué sans ajouter de nouveaux textes, et il faut communiquer sur les sanctions pour dissuader. Surtout, il faut également protéger davantage les scientifiques, qui sont exposés à la malveillance, en particulier sur les réseaux sociaux.

QUE PENSEZ-VOUS DE LA STRATÉGIE GOUVERNEMENTALE PUBLIÉE LE JOUR MÊME DE LA SORTIE DE VOTRE RAPPORT ?

C'est un premier pas, mais qui, à mon sens, demeure insuffisant. Les orientations ministérielles visent essentiellement à disqualifier la désinformation. Mais elles ne s'engagent pas assez sur la promotion de la bonne information. Le risque est que les mesures retenues ne permettent pas d'améliorer la littératie en santé, qui reste le seul moyen d'en finir avec les méfaits de la désinformation en santé.



Élisabeth Hubert

Présidente de la FNEHAD

L'actuelle présidente de la FNEHAD, ancienne ministre de la Santé et également présidente de CHAM, s'est vu confier par le Premier ministre une mission sur le financement de l'Assurance Maladie, aux côtés de trois autres experts : l'ancien DSS Frank Von Lennep, l'économiste Nicolas Bouzou et le président du groupe VYV Stéphane Junique. Intitulé : travailler sur l'articulation entre régime obligatoire et régimes complémentaires et assurer la lisibilité des contrats et des remboursements pour les assurés. L'objectif n'a rien de nouveau : il vise à rééquilibrer les charges, alors que le régime obligatoire doit assumer la part croissante des dépenses en ALD pour les maladies chroniques, tandis que les régimes complémentaires sont régulièrement épinglés pour la hausse soutenue de leurs cotisations chaque année. Le diagnostic s'annonce difficile, face à l'ampleur des déficits et à la probable hausse du reste à charge pour les patients.



Hela Ghariani

Directrice du Health Data Hub

La coresponsable de la Délégation au Numérique en Santé (DNS) Hela Ghariani succède à Stéphanie Combes à la tête du Health Data Hub (HDH). Diplômée de l'ESCP Business School et des Gobelins, en design de l'expérience utilisateur, Hela Ghariani a notamment été responsable de l'incubateur de « start-up d'État », beta.gouv.fr. Arrivée à la DNS fin 2019 comme directrice de projet, elle en a été nommée coresponsable en juin 2022. Son départ intervient alors qu'une direction « recherche, innovation et numérique en santé » englobant la DNS doit voir le jour. Cette nomination pourrait mettre fin à la crise de gouvernance que traverse la plateforme des données de santé. Stéphanie Combes, qui dirigeait le HDH depuis sa création en 2019, a quitté la structure à l'automne, sur fond d'accusations de gestion problématique des ressources humaines. Hela Ghariani devra également accompagner la migration des données vers le Cloud souverain, actuellement en procédure de choix.

CONVENTION MÉDICALE

Les discussions reprennent

Après le coup de semonce des médecins libéraux en janvier, la discussion conventionnelle a repris son cours, à l'occasion d'une réunion de la Convention Paritaire Nationale, le 25 février dernier. Au menu, la CNAM a fait un point sur plusieurs dossiers importants, dont la possibilité d'assistants médicaux mutualisés, le déploiement du forfait médecin traitant et le nouvel outil sur le suivi par patient des indicateurs de prévention. Des réunions ont par ailleurs été annoncées, sur les arrêts de travail, les dépassements d'honoraires et l'OPTAM et le protocole imagerie. Deux thèmes ont créé des dissensions entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux. D'abord, le refus de Thomas Fatôme d'accorder des dérogations pour les ESS n'atteignant pas le quota de dix spécialistes a provoqué l'incompréhension, alors que

certaines de ces structures se voient menacées sur le plan de leur pérennité financière. Ensuite, la CSMF a contesté l'exigence posée d'un bilan de médication préalable par le pharmacien avant toute cotation de la GL2. La CNAM n'a pas accepté cette cotation, alors que peu de pharmaciens s'engagent dans ce bilan jugé peu attractif. À défaut, les généralistes refuseront de s'impliquer dans la consultation de déprescription.

CERTIFICATION

Les référentiels sont publiés

Le 27 février dernier, la DGOS et le Conseil de la Certification Périodique ont annoncé la publication des 52 référentiels professionnels prévus dans le cadre du processus de certifi-



Éric Chenut

Président de la FNMF

La Mutualité française a achevé début mars la première étape de ses États généraux de la santé et de la protection sociale, une vaste consultation de l'opinion publique sur les priorités de santé, dans la perspective du débat présidentiel. Près de 77 000 personnes se sont exprimées, dont près de 13 000 professionnels de santé. À l'occasion d'une conférence de presse, la directrice générale de la Mutualité française, Séverine Salgado, s'est félicitée de cette « première étape », posant le constat qu'il est « *indispensable de sortir de l'urgence et penser la Sécurité Sociale à horizon quinze ans.* » En tête des priorités, chez les assurés comme chez les professionnels de santé, la réduction des délais d'attente pour une consultation ou une intervention (53 %), l'accès à des soins de qualité pour tous (50 %), loin devant la réduction du déficit de la Sécu (30 %). Par ailleurs, 74 % des usagers et 63 % des professionnels jugent « *prioritaire* » de maîtriser les dépenses de santé.



Philippe Berta

Généticien, ancien député du Gard

Le généticien et ancien député du Gard vient d'être désigné à la présidence de GenR, une « coalition sociale apolitique », dont l'objet est de « remettre la recherche et l'innovation en santé » au cœur du débat public et des priorités nationales. Le collectif entend peser sur les programmes des candidats à l'élection présidentielle de 2027. GenR se présente comme une organisation à parité entre acteurs industriels et associations de patients/fondations d'intérêt public. Tous partent d'un constat commun : alors même que les innovations thérapeutiques, notamment de rupture en oncologie et dans les maladies rares, se multiplient, elles restent trop souvent inaccessibles aux patients en France. « *Ce décalage entre progrès scientifique et accès aux médicaments pour les patients n'est plus acceptable* » estiment les membres de GenR.

cation. « Cette étape marque l'entrée de la certification périodique dans une nouvelle phase de déploiement afin de soutenir la qualité des pratiques professionnelles et la sécurité des soins, s'est félicité la DGOS. Présentés lors de l'instance collégiale exceptionnelle du CNCP qui s'est tenue au ministère chargé de la Santé mi-février, ces référentiels constituent désormais le cadre opposable permettant à chaque professionnel de santé de construire son parcours de vérification des compétences sur une période de 6 ans. »

75 %

C'est la part des médecins qui citent la disponibilité des médicaments et le risque de pénuries parmi leurs principales sources d'inquiétude, selon un baromètre Ipsos réalisé pour le Leem.

Six millions

C'est le nombre de Français souffrant de maladie rénale chronique à des stades plus ou moins avancés, selon un chiffre donné durant la Journée mondiale du rein le 13 mars.

25 %

Des Français dorment moins de six heures par nuit. Le sommeil des Français continue de se dégrader sous l'effet de la pollution, de l'hyperconnexion, de la chaleur et du rythme de travail.



Systeme de santé : les sept péchés capitaux

Il reste un an avant la présidentielle. Pour le système de santé, la campagne électorale devrait être un nécessaire moment de vérité, alors qu'il apparaît à bout de souffle et appelle à une réforme d'ampleur. En attendant, voici sept thématiques qui vont structurer les échanges entre les camps en présence.

Après la tragi-comédie du PLFSS 2026, après le coup de colère des médecins libéraux, l'ambiance paraît s'être apaisée dans le champ de la santé. La loi aura finalement pu être adoptée in extremis, sans recours au 49.3, mais au prix de concessions lourdes accordées au PS, avec la suspension de la réforme des retraites. Et d'autres mesures de redressement financier, comme le doublement des franchises pour les assurés, ont été rangées aux oubliettes. L'ONDAM aura certes été relevé à un niveau plus conforme avec l'évolution naturelle de la dépense. Mais le déficit se creuse dans des proportions extrêmement alarmantes, au point que de plus en plus de voix s'élèvent pour évoquer un risque de faillite de la Sécurité Sociale. La gestion court-termiste des comptes, sans perspective de retour à l'équilibre à échéance raisonnable, limite les capacités d'action des pouvoirs publics. Forcé de chercher en urgence de nouvelles recettes, le gouvernement multiplie les décisions autoritaires, comme l'illustre la baisse des tarifs imposée en novembre dernier dans le secteur de la radiologie. L'exécutif cherche également à limiter la croissance préoccupante des arrêts de travail, en imaginant d'en rendre responsables les médecins libéraux, via le dispositif de mise sous objectifs. Enfin, l'hôpital va toujours mal, en dépit des 17 milliards d'euros de crédit accordés dans le cadre du Ségur de la

Santé, dont une bonne partie n'auront pas été financés par l'État, ce qui contribue fortement au déficit de la branche maladie.

UN GOUVERNEMENT SOUS SURVEILLANCE

Tous ces paramètres expliquent en toile de fond la mobilisation massive et unitaire des médecins libéraux, aux côtés des étudiants, symbolisée par la manifestation du 15 janvier. Tous unis pour dénoncer la maîtrise comptable, la remise en cause du pacte conventionnel, les attaques iniques sur les rentes et les menaces de restriction des libertés d'installation et de prescription, les médecins libéraux ont obtenu gain de cause. La ministre de la Santé, Stéphanie Rist, aura multiplié les promesses durant le conflit, démontrant la fébrilité d'un gouvernement incapable de maîtriser la situation, sans cap ni stratégie pour l'avenir du système de santé. Elle a ainsi promis de ne pas recourir aux articles 77 et 78, en attendant leur suppression dans le cadre d'un prochain vecteur législatif... lequel ne s'est pas encore présenté. Un amendement de suppression de la MSO sur les IJ a également été adopté dans le projet de loi sur la fraude sociale. Et les syndicats et la CNAM ont réouvert un cycle de négociations conventionnelles, avec la réunion de la Commission Partitaire Nationale le 25 février.

UN PLFSS 2027 POUR RIEN ?

Le climat semble plus serein, donc... mais personne ne s'y trompe. Car les difficultés structurelles persistent, et même s'aggravent de jour en jour, rendant plus difficiles encore les nécessaires mesures de redressement qui devront être envisagées. L'élaboration du PLFSS 2027, le dernier avant le grand débat de la présidentielle, s'annonce d'ores et déjà impossible. Outre l'absence de majorité parlementaire, il est peu probable que le gouvernement actuel – ou celui qui sera en place durant la discussion du texte – soit en mesure de porter la moindre mesure restructurante pour la santé. Et tout sera donc à débattre sur le fond durant la campagne présidentielle. Plusieurs questions-clé devront y être abordées : quelle trajectoire budgétaire pour esquisser la possibilité d'un retour à l'équilibre ? Comment y parvenir sans risquer d'épuiser les

ressources, de décourager les acteurs de santé et d'accroître l'écroulement du secteur de santé ? Quelles solutions viables pour améliorer l'accès aux soins, réduire les inégalités sociales et territoriales et promouvoir la qualité des services et des prestations ? Où et comment investir pour accueillir favorablement et intégrer dans les pratiques professionnelles l'innovation en santé ? Quelle stratégie adopter pour ancrer enfin la prévention au cœur du modèle de valeur de la santé ? Comment se préparer au « tsunami » du vieillissement, qui appelle à une transformation en profondeur du système de santé ? Enfin, comment bien utiliser la révolution numérique, l'avènement de l'IA et permettre un pilotage par la donnée du système de santé ?

Prospective : le défi impossible du Grand Âge

L'information s'est imposée brutalement dans le débat public en juillet dernier. Pour la première fois depuis près d'un siècle, le solde démographique naturel de la France devient négatif. Entre le 1^{er} mai 2024 et le 31 mai 2025, l'INSEE annonçait que 651 200 décès avaient été constatés, contre 650 400 naissances. Loin d'être anecdotique, cette inversion des courbes confirme un phénomène redouté depuis plusieurs années, mais qui, initialement, n'était prévu que pour 2035. Pour être précis, le déficit décès/naissances était déjà acté depuis trois ans pour la France Métropolitaine, mais, cette année, les DROM, avec un fort recul de la fécondité, rejoignent le mouvement. On le sait, la France vieillit... et elle s'engage plus vite et plus fort que prévu dans cette tendance inéluctable. Avec l'entrée dans le grand âge des générations du baby boom, le rythme élevé des décès est appelé à se maintenir dans les deux prochaines décennies. Le solde naturel négatif devrait donc persister.

LA POPULATION ACTIVE SE RÉDUIT DÈS 2036

Les conséquences pour le modèle de protection sociale français s'annoncent dramatiques. L'impact est d'ores et déjà majeur pour le système des retraites, en termes de financement. Les effectifs des retraités sont appelés à augmenter de façon soutenue, tant que les classes pleines du baby boom continueront d'être en vie. Mais, qui pour financer les pensions ? La réduction de la population active, envisagée à compter de 2036, va peser lourd dans la balance. En 2024, dans son rapport annuel, le Conseil d'Orientation des Retraites l'expliquait sans détour. « Si le nombre d'enfants par femme devait être moins important à l'avenir (1,6), la part des dépenses du système de retraite serait plus élevée dans le PIB », indique-t-il, auquel il faudra ajouter la gestion persistante de la dette. À l'époque, l'indice conjoncturel de la fécondité était calculé à 1,8 enfant par femme... mais il a chuté cette année à 1,62.

40 % DE MALADES CHRONIQUES EN 2040

Dans le champ de la santé, le grand vieillissement va également peser dangereusement sur le système de santé. Comme l'indiquait Nicolas Revel, DG de l'AP-HP dans une note pour le think tank Terra Nova, « au phénomène démographique s'ajoute un autre facteur tout aussi préoccupant : l'augmentation continue de la prévalence de nombreuses pathologies comme le cancer, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. On estime qu'en 2040, plus de 40 % de la population sera atteinte d'une maladie chronique. Plus âgés, plus souvent malades, nous serons confrontés à un double défi : d'abord, disposer d'une offre de soins répondant à ces besoins croissants de prise en charge ; ensuite assurer la soutenabilité économique du système pour préserver l'accès aux soins de tous. »

LA LOI ENCORE REPOUSSÉE

Que font les pouvoirs publics pour anticiper ces évolutions ? Rien, ou presque ! Cela fait près de dix ans que les exécutifs successifs annoncent la discussion d'une loi Grand Âge, censée préparer la transition. Un plan devait être présenté le 12 février, ouvrant les discussions. Mais finalement l'événement a été annulé. Cause invoquée : la démission de la Ministre en charge du dossier, Charlotte Parmentier-Lecoq, désireuse de reprendre son siège de député. La nouvelle a provoqué la fureur et la sidération, notamment dans le secteur de la prise en charge de la dépendance. En 2050, le pays comptera au moins 23,8 millions de personnes de plus de 60 ans, et 2,8 millions de personnes en perte d'autonomie. Et les besoins en places d'EHPAD supplémentaires est évalué à + 365 000. Près de 10 milliards d'euros par an seraient nécessaires pour faire face au vieillissement.





Gouvernance : y a-t-il un pilote dans l'avion ?

Depuis la dissolution de l'Assemblée Nationale en 2023, le secteur de la santé paie cher les effets de la crise parlementaire, l'opposition des trois blocs incapables de s'entendre sur des compromis législatifs, la succession effrénée des ministres de la Santé qui n'ont ni le temps ni les moyens de poser leur marque sur la politique de la santé. Outre l'instabilité chronique qui limite la capacité de porter des projets ambitieux sur le long terme, il faut s'alarmer de l'absence d'objectifs structurants en matière de santé publique. Annoncée depuis trois ans, la Stratégie Nationale de la Santé n'a jamais vu le jour. Des plans sont régulièrement présentés, comme la Stratégie décennale pour le cancer, le Plan national pour les maladies neuro-dégénératives ou le Plan National Nutrition Santé. Mais, derrière l'affichage, les professionnels de santé dénoncent le plus souvent des moyens insuffisants, le défaut d'indicateurs de suivi, l'éparpillement des décisions ou leur non-application à défaut de textes réglementaires.

PILOTAGE À VUE

La stratégie en santé publique est une victime collatérale de la gouvernance du système de santé. Depuis des années, les experts se succèdent pour appeler à un pilotage pluri-annuel des dépenses et au vote d'une loi quinquennale pour établir des priorités de moyen terme. Mais, soumis aux exigences de la loi de financement de la Sécurité Sociale, l'exécutif doit se contenter de boucler en urgence des budgets de « colmatage ». Et les PLFSS, parce que ce sont des lois de finances, ne pèsent qu'à la marge sur la transformation du système de santé. Toute mesure sans impact budgétaire est en effet considérée comme un « cavalier social » et donc potentiellement censurée par le Conseil Constitutionnel.

UN SUJET CLÉ POUR L'OPINION PUBLIQUE

Là encore, la politique de santé devra être au cœur du débat présidentiel. Accès aux soins, réduction des inégalités, promotion de la qualité, virage ambulatoire et domiciliaire, développement de la prévention, accessibilité à l'innovation, attractivité des métiers du soin... les thématiques sont nombreuses. Et la santé, préoccupation majeure de l'opinion publique, va nécessairement orienter les intentions de vote. Autant dire que les écuries présidentielles ont intérêt à s'en saisir.

Innovation : quand la France se disqualifie

La France fut longtemps le champ d'Europe du médicament. Premier producteur industriel à la fin du siècle dernier, N° 1 en recherche clinique jusqu'au début des années 2010, terre privilégiée par les industriels pour lancer leurs nouveaux médicaments. À l'époque, et avant que les pouvoirs publics mettent en œuvre une politique de régulation efficace, il faut dire que le pays était aussi en tête de la consommation par habitant. Depuis, la position de la France sur ce marché s'est progressivement érodée, avec une perte de compétitivité marquée dans tous les domaines. Sur le plan industriel, d'abord, les coûts de production élevés et une fiscalité considérée comme excessive ont entraîné des vagues de délocalisation vers l'Asie du sud-est. Plus de 70 % des principes actifs y sont désormais fabriqués, avec un risque croissant de pénurie en raison de la concentration sur quelques sites industriels. Côté recherche clinique, la France occupe désormais la 3^e place, supplantée par l'Espagne et l'Allemagne et talonnée par l'Italie. La complexité des procédures freine l'attractivité des essais cliniques en France, même si l'excellence reconnue des équipes de cliniciens demeure un facteur favorable. Enfin, le pays, critiqué pour la lenteur de ses mécanismes d'accès au marché – 518 jours en moyenne – et par sa politique de prix bas et de sévérité de l'évaluation, est de moins en moins stratégique pour le lancement d'innovations thérapeutiques. Selon le LEEM, seulement 6 médicaments sur 10 validés par l'Europe sont

actuellement disponibles en France. Et le médicament représente 50 % du montant des économies annuelles, alors qu'il ne pèse que 10 % des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie.

LES EFFETS DE LA POLITIQUE TRUMP

Depuis 2024, un nouveau paramètre vient aggraver la situation. L'administration de Donald Trump entend imposer la Clause de la Nation la plus Favorisée. Considérant que les États-Unis paient pour le reste du monde pour le financement de l'innovation, par le biais de prix très élevés, elle entend rééquilibrer ce financement, en diminuant les prix sur son marché, et en faisant pression pour que les autres pays développés paient davantage pour les nouveaux médicaments. La France, où les prix sont aujourd'hui parmi les plus bas d'Europe, est particulièrement ciblée. Autant dire que les discussions s'annoncent particulièrement tendues entre les industriels et l'État, dans le contexte du déficit budgétaire abyssal. Pire, certaines compagnies préviennent : à défaut d'accords sur les prix, un certain nombre d'innovations ne seront pas lancées sur le marché français. Le risque est majeur sur plusieurs plans : perte de chances pour les patients, ralentissement du progrès médical, marginalisation des équipes de recherche, exportation des entreprises innovantes en dehors du territoire...

Organisation de l'offre de soins : un logiciel à revoir !

Près de 6,5 millions de Français sans médecin traitant, des déserts médicaux qui ne cessent de progresser, une baisse de 12 % en dix ans du nombre de médecins généralistes, une pénurie croissante de spécialistes sur de nombreux territoires, des délais d'accès qui s'allongent, des pertes de chance avérées en raison de diagnostics tardifs et de parcours de soins sans continuité... depuis près de quinze ans, la question de l'accès aux soins est au centre du débat public. Et la plupart des initiatives prises s'avèrent peu efficaces. Les aides à l'installation ont peu d'impact sur le rééquilibrage de l'offre de soins. Néanmoins, les MSP et les CPTS se structurent et apportent un début de réponse pour une meilleure prise en charge des soins non programmés, la coordination interprofessionnelle et un lien Ville/Hôpital plus efficace. La téléconsultation peut, à certains égards, permettre une première évaluation à distance pour certains patients éloignés du soin.

DES POLITIQUES PEU EFFICACES

Mais, comme toujours, des effets pervers viennent contrecarrer les efforts déployés. Des MSP sont ouvertes sans projet médical et sans professionnels installés. Des centres de soins sont créés avec des médecins salariés, avec des temps de travail réduits et des plages d'accessibilité qui réduisent l'offre médicale disponible, en comparaison avec les horaires de travail des médecins libéraux. Des mesures

visant à promouvoir l'accès direct pour une partie des professions paramédicales brouillent la lisibilité du parcours de soins, limitent l'expertise du médecin en tant que chef d'orchestre du parcours patient et provoquent des tensions organisationnelles sur le terrain. La pénurie de praticiens pousse par ailleurs des parlementaires à multiplier les propositions de loi pour restreindre la liberté d'installation. Un remède qui, en réalité, serait pire que le mal.

LABEL OU RÉSEAU AUGMENTÉ ?

Le projet France Santé voulu par Sébastien Lecornu va-t-il changer la donne ? Menée à marche forcée pour un aboutissement en juillet prochain, il apporte de nouveaux moyens, via une somme de 50 000 euros aux structures adhérentes. Il doit également contribuer à rendre plus lisible l'offre de santé dans chaque territoire. Cependant, si France Santé se contente de labelliser l'existant, sans possibilité de recruter davantage de professionnels, le succès n'est pas garanti. La discussion en cours de l'ACI MSP, qui doit préciser le contenu du réseau, donnera quelques indications. Autre initiative attendue, le déploiement des premiers docteurs juniors en novembre prochain représente également une piste prometteuse. À la condition que les modalités de rémunération et d'exercice, en lien avec les praticiens qui les encadreront, soient enfin précisées sur le plan réglementaire.

Pertinence des soins : de l'affichage aux actes !

À l'occasion d'un entretien accordé en janvier 2025 au *Médecin de France*, l'ancienne ministre de la Santé, Agnès Buzyn, rappelait avec insistance un fait connu. Selon l'OMS, dans les pays développés, près de 20 % de la dépense relève de la non-pertinence des soins, soit, à l'échelle de la France, 40 milliards d'euros de dépenses inutiles chaque année. Actes inutiles ou inadéquats, examens redondants, surprescriptions, défaut d'observance chez les patients, retards au diagnostic, parcours de soins discontinus, hospitalisations évitables... les vecteurs de la non-qualité en santé sont connus et documentés. Mais les leviers pour la réduire restent peu efficaces. Certes, la HAS publie depuis plus de deux décennies des référentiels de bonne pratique. Certes, les conseils nationaux professionnels et les sociétés savantes publient de nombreux travaux pour proposer une évolution des prises en charge au fil des progrès de la science médicale. Certes, les partenaires conventionnels se réunissent pour élaborer et promouvoir des programmes dédiés à la pertinence des soins. Dans la convention médicale actuelle, on en compte quinze, sur les arrêts de travail, l'antibiorésistance, la polymédication, les analgésiques, les dispositifs médicaux ou encore les IPP.

INCITER À LA PERFORMANCE

Reste que le chemin est long et difficile pour passer des intentions aux actes. L'une des difficultés consiste à générer des incitatifs efficaces pour promouvoir les bonnes pratiques, mais également un dispositif de sanctions visant à proscrire les actes et prestations potentiellement dangereux pour les patients. Autre impératif, la pertinence des soins ne doit en aucun cas se concevoir comme un instrument de régulation budgétaire. Elle appelle par ailleurs à la définition de critères d'évaluation consensuels, simples d'usage pour les professionnels et facilement intégrables dans la pratique professionnelle. Enfin, une réflexion sur les modalités de rémunération doit être menée, basée sur un paiement à la performance qui, par essence doit être distinct des dispositifs de paiement à la qualité.





Budget de la Sécurité Sociale : la menace de la faillite

« 6 octobre 2027 : la fin de la Sécurité Sociale ? » Dans un livre-fiction éclairant, le député de la Sarthe Jean-Carles Grelier, spécialiste des questions de santé, imagine un président de la République sur le point de prononcer la mise en faillite de la Sécurité Sociale. Une dette abyssale sans solutions pour la financer sur les marchés financiers, une absence de majorité parlementaire permettant de faire voter des mesures immédiates, un défaut de stratégie claire pour orienter les priorités de la politique de santé... Sans dévoiler la chute du livre, Jean-Carles Grelier veut croire que tout est encore possible, au prix de décisions inédites pour placer la Sécurité Sociale « sous perfusion » durant deux ans, le temps de soumettre au débat public une réforme de fond du modèle de protection sociale à la française.

PEU DE RECETTES

À l'appui de sa démonstration, le parlementaire revient sur les exercices budgétaires des dernières années, l'accumulation du déficit, la nécessité pour l'ACOSS de se refinancer sur les marchés financiers à des taux de plus en plus élevés. En juin 2025, la Cour des Comptes poussait un cri d'alarme sur la dérive de la Sécurité Sociale. Elle mettait en exergue l'effet ciseau entre des recettes insuffisantes en raison de la croissance en berne et la croissance inéluctable de la dépense avec le vieillissement de la population. Elle évaluait à 31,3 milliards d'euros le déficit cumulé en 2025. Et

elle soulignait au passage l'inefficience de la dépense, alors que le nombre de Français entrant dans le dispositif d'ALD – + 300 000 par an – témoigne d'une population en mauvaise santé. En conclusion, la Cour des Comptes écrivait noir sur blanc ce que personne n'ose imaginer : une situation de cessation de paiement pour la Sécurité Sociale dès 2027. Plus récemment, en janvier dernier, le président du Haut Conseil pour le Financement de la Protection Sociale (HCFPS), Dominique Libault, jugeait avec sévérité l'impact attendu de la LFSS 2026. Et il estimait inévitable qu'un prolongement de la CADES soit nécessaire, au-delà de l'échéance actuelle de 2032, probablement jusqu'en 2038, afin d'apurer la dette accumulée.

REVOIR LA STRUCTURE DU FINANCEMENT

Face à la catastrophe annoncée, aucun candidat à la présidentielle ne pourra faire l'économie de propositions sur le financement de la Sécurité Sociale. Faudra-t-il que les citoyens paient davantage, quitte à augmenter les restes à charge ? Quelle réforme pour les recettes, un sujet tabou depuis vingt ans malgré la multiplication des rapports en ce sens ? Faut-il réexplorer des pistes comme la TVA sociale, le bouclier sanitaire, la distinction entre petit et gros risque, une nouvelle répartition de la charge entre régime de base et régimes complémentaires ? Une mission a été confiée sur ce point à quatre experts, dont l'ancienne ministre de la Santé Elisabeth Hubert. Quoi qu'il en soit, le sujet devra être abordé.

Prévention : le chaînon toujours manquant

Elle est de tous les discours politiques, de toutes les bonnes intentions affichées, de tous les engagements des acteurs de santé. Et pourtant, la prévention reste le maillon faible de la politique de santé. Selon la DREES, la France est nettement en retard par rapport aux autres pays développés : les dépenses de prévention dite « institutionnelle » représentent à peine 2,2 % de la dépense courante de santé. Mais ces données ne prennent pas en compte tous les efforts privés, par exemple les actions des professionnels sur le terrain, les initiatives prises par les collectivités locales, les entreprises ou les associations. Il reste que, peu évaluée, la prévention est également peu pilotée. À défaut d'une stratégie nationale de santé, assortie d'indicateurs de suivi et de résultats, personne ne sait vraiment ce qui est réalisé. La prévention primaire est jugée peu impactante, via des campagnes nationales qui peinent à toucher des publics cibles. La méthode du « aller vers » vise à être plus engageante pour toucher davantage de populations éloignées, mais les résultats sont encore timides. Les chiffres des campagnes de dépistage (cancer du sein, cancer colo-rectal) et de vaccination (grippe, HPV...) plafonnent loin des objectifs établis. Les préventions secondaire et tertiaire sont également difficiles

à mener, notamment parce qu'elles pâtiennent de la pénurie de ressources médicales, de modèles économiques peu adaptés (paiement à l'acte) ou d'un niveau d'observance souvent insuffisant chez les patients.

UNE MISSION PARLEMENTAIRE

En février dernier, Sébastien Lecornu a confié une mission au député du Rhône, Cyrille Isaac-Sibille. Épaulé par deux inspecteurs généraux (IGAS et Éducation Nationale) et par un groupe d'experts en santé publique, le parlementaire doit réaliser un état des lieux transversal des politiques publiques actuelles, fixer des objectifs et des priorités nationales de prévention en santé par grandes thématiques et différents lieux de vie, préciser les modalités de gouvernance et de coordination de l'ensemble des acteurs et faire émerger de nouveaux métiers et formations pour les acteurs concernés. La première version de son rapport est attendu pour juillet, avant une éventuelle transcription en texte de loi. En présentant sa mission, le député a notamment insisté sur la nécessité d'élargir l'approche au-delà du seul domaine de la santé, alors que 70 % des déterminants de santé sont extérieurs au système de soins !

Désinformation en santé : vers une « infovigilance » renforcée

La désinformation en santé connaît une progression rapide et inquiète les pouvoirs publics comme les médecins libéraux. Dans un rapport thématique publié mi-janvier, Mathieu Molimard, Dominique Costagliola et Hervé Maisonneuve dressent un constat préoccupant : rumeurs sur les vaccins, traitements prétendument « miracles », pratiques non validées ou informations trompeuses sur les maladies chroniques circulent massivement, en particulier sur Internet et les réseaux sociaux. Cette diffusion incontrôlée influence directement les comportements de santé, entraîne des retards de prise en charge, alimente le renoncement aux soins et fragilise la confiance envers la science et les institutions. Pour les médecins de ville, les effets sont concrets : consultations plus longues, contestation accrue de l'expertise médicale, refus de soins ou de mesures de prévention. Pour inverser cette tendance néfaste, les pouvoirs publics ont lancé une stratégie nationale de lutte contre la désinformation en santé. Elle prévoit notamment la création d'un observatoire dédié, le déploiement de dispositifs d'infovigilance capables de détecter rapidement les fausses informations émergentes, la production de contenus fiables et adaptés aux usages numériques, ou encore un renforcement de l'éducation à l'esprit critique dès le plus jeune âge. L'objectif est clair : restaurer un dialogue éclairé et protéger la population dans un environnement informationnel de plus en plus saturé.

Obésité : une stratégie nationale recentrée sur les soins primaires

Le gouvernement a dévoilé, mi-janvier, une nouvelle feuille de route nationale pour améliorer la prise en charge de l'obésité sur la période 2026-2030. Un fléau sanitaire qui touche un adulte sur six et dont la prévalence augmente, notamment chez les jeunes. Reconnaisant l'obésité comme une maladie chronique, cette stratégie entend optimiser le repérage précoce, structurer les parcours de soins, et garantir un accompagnement personnalisé et durable. La feuille de route s'articule autour de trois grands axes : détecter et orienter plus tôt les personnes en situation d'obésité, organiser des parcours territoriaux gradués et renforcer la formation des professionnels de santé. Les médecins libéraux, en particulier les généralistes, y occupent une place centrale, tant pour le dépistage que pour l'orientation et le suivi des patients. Parmi les mesures phares figure notamment le déploiement d'un parcours coordonné renforcé pour les formes complexes chez l'adulte, en lien étroit avec les Centres spécialisés de l'obésité. L'objectif est de consolider la coordination ville-hôpital et de faciliter l'accès aux compétences nutritionnelles et psychologiques, ainsi qu'à l'activité physique adaptée. La stratégie prévoit également une harmonisation des pratiques et des outils d'aide à la décision, ou encore un effort accru de formation pluridisciplinaire. Si la question du remboursement des traitements médicamenteux innovants reste ouverte, le gouvernement affiche sa volonté de sécuriser les prescriptions.

Espérance de vie en bonne santé : un défi pour la médecine de ville

Selon la dernière étude de la Drees, publiée fin janvier, les Français vivent plus longtemps, mais la qualité de ces années supplémentaires demeure un défi majeur, notamment pour la médecine de ville. En moyenne, un homme de soixante-cinq ans peut encore espérer vivre 10,5 ans sans incapacité, contre 11,8 ans pour une femme. L'étude distingue également l'espérance de vie sans incapacité forte, qui atteint 15,8 ans pour les hommes et 18,5 ans pour les femmes. Autrement dit, près de sept à huit ans seront vécus avec des limitations dans les activités quotidiennes. Ces chiffres illustrent une réalité bien connue : les patients âgés consultent plus longtemps pour des pathologies chroniques ou des troubles fonctionnels nécessitant un suivi proactif et personnalisé. Autre fait marquant : l'espérance de vie sans incapacité à soixante-cinq ans a progressé d'environ un an et neuf mois depuis 2008... mais cette progression ralentit. La France reste toutefois au-dessus de la moyenne européenne, témoignant des avancées de son système de santé et de sa prévention. Pour les experts, ces données soulignent l'importance d'investir dans la prévention, la santé publique et le maintien de l'autonomie, afin que l'allongement de la vie rime réellement avec qualité de vie, et non seulement avec longévité. Dépistages, conseils hygiéno-diététiques, activité physique adaptée, coordination avec les services d'aide à domicile... Les médecins libéraux seront en première ligne.





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

Sylvain
Meissonnier



Mieux gérer son personnel... et gagner du temps !

La CSMF est à l'origine de la création de **CSP Med**, une société de service spécialisée dans la gestion sociale du cabinet médical. À des tarifs compétitifs, elle permet de déléguer des tâches chronophages pour les médecins libéraux.

Bien qu'entrepreneurs, les médecins libéraux, pour la plupart d'entre eux, ne se considèrent pas comme des chefs d'entreprise. Et, face à des horaires de plus en plus contraints par la pression de la demande de soins, la priorité est de dégager du temps médical pour leurs patients. Autant dire que la gestion sociale du cabinet médical est le plus souvent une sinécure. C'est pour les aider que la CSMF, conformément à sa mission de syndicat de services, a eu l'idée de créer **CSP Med**. Lancée en 2024, la société se propose de leur offrir un accompagnement sur mesure pour l'ensemble des actes et démarches liées à la gestion du personnel. « Produire un bulletin de salaire, gérer les demandes de congés ou l'adhésion à une mutuelle, recruter, réaliser un entretien d'évaluation... ces tâches liées à la gestion des ressources humaines ne s'improvisent pas, explique Sylvain Meissonnier, qui dirige **CSP Med**. Elles sont chronophages et peuvent être à la source d'erreurs dommageables. Avec **CSP Med**, nous prenons tout en charge, avec l'assurance d'une réponse rapide pour toute demande. »

RÉPONSE GARANTIE

Aux côtés de Sylvain Meissonnier, deux autres spécialistes sont à la disposition des adhérents, pour tout ce qui concerne la paie et la relation contractuelle avec les employés. « Nous nous organisons pour être à l'écoute des demandes 24 h/24 et 7 J/7. Outre la délégation de toutes les contraintes administratives, **CSP Med** est force de propositions. Nous pouvons, par exemple, rédiger un canevas d'entretien pour un entretien de recrutement, suggérer un modèle d'échange pour la conduite d'un entretien d'évaluation annuelle, ou encore assister le médecin pour le versement à l'employé de la prime Macron. » À l'inverse des experts-comptables, qui facturent systématiquement toute intervention en plus de leurs honoraires habituels, la société propose une solution forfaitaire unique. « Nous avons deux offres, l'une à 31 euros par mois pour la gestion sociale uniquement, et l'autre

facturée à 5 % du montant de salaire brut versé au personnel. Cette seconde offre comprend le conseil juridique social, la rédaction d'avenants, les ruptures conventionnelles, les procédures de licenciement, les entretiens professionnels... ». Par rapport au coût des experts-comptables, **CSP Med** estime que la facture annuelle peut être divisée par trois.

DES BÉNÉFICIAIRES SATISFAITS

Imaginée par la CSMF, **CSP Med** est une entreprise portée par des médecins pour les médecins. Parmi les actionnaires, un tiers sont des praticiens libéraux, élus de la CSMF pour une partie d'entre eux. Et ils sont aussi les premiers adhérents, avec de réels motifs de satisfaction. Généraliste à Rueil-Malmaison, Jean-Luc Leymarie en témoigne. « Je n'étais pas satisfait de l'accompagnement qui m'était jusqu'à présent proposé pour la gestion des ressources humaines, avec des questions qui restaient sans réponse. En adhérant à **CSP Med**, on me répond immédiatement. Et j'ai même pu récupérer grâce à eux 17 000 euros d'allègement de charges sociales sur trois ans. Mes experts-comptables n'avaient pas pris en compte ces allègements pour les salariés embauchés dans une CPTS. » Même écho positif pour Jean-Daniel Grader, généraliste en Moselle. « Notre femme de ménage est tombée malade et a dû se mettre en arrêt de travail un peu avant les fêtes. **CSP Med** s'est occupé de tout, en trouvant la bonne personne pour le remplacement. J'ai également dû gérer un accrochage avec l'une des assistantes médicales. J'ai été conseillé pour bien résoudre le problème, et tout est rentré dans l'ordre. Chez **CSP Med**, ils ont une vraie connaissance du milieu médical, ce qui est un réel atout, par exemple pour la rédaction des contrats de travail. » Pneumologue à Avignon, Henri Marson souligne pour sa part le temps gagné sur la « paperasserie ». « Avec **CSP Med**, c'est une prestation de DRH dont nous disposons, à des tarifs très compétitifs. Et le gain de temps médical est indéniable. »



CORSE

Renfort médical attendu dans deux intercommunalités

Dans le cadre du Pacte de lutte contre les déserts médicaux, deux territoires corses se retrouvent en première ligne : la Communauté de communes Pasquale Paoli et la Communauté de communes de l'Oriente. Longtemps confrontées à une raréfaction progressive des médecins, à l'éloignement des centres de soins et à des difficultés de suivi régulier, ces intercommunalités cumulent les fragilités propres aux zones rurales insulaires : reliefs isolants, faible densité médicale, temps important de déplacement et vieillissement de la population. Pour pallier cette situation devenue critique, l'État y déploie en priorité la mission de solidarité territoriale. Des médecins généralistes volontaires pourront intervenir jusqu'à deux jours par mois dans ces territoires, apportant ainsi une présence médicale minimale, mais régulière. Accessibles via un outil national de prise de rendez-vous et sans dépassement d'honoraires, ces consultations doivent permettre d'assurer un premier recours pour des habitants parfois contraints de renoncer aux soins, faute d'offre disponible. Sur ces terres reculées, où l'installation pérenne de praticiens reste difficile, le dispositif ambitionne de recréer un accès continu à la médecine de proximité, notamment pour des renouvellements d'ordonnances, des consultations aiguës ou un suivi des pathologies chroniques. À Pasquale Paoli comme dans l'Oriente, cette mesure d'urgence constitue un levier essentiel pour maintenir un lien sanitaire indispensable et réduire les inégalités d'accès aux soins que l'insularité tend à accentuer.

PAYS DE LA LOIRE

Un « compagnon numérique » pour sécuriser et simplifier le quotidien médical

L'URML Pays de la Loire enrichit son site internet avec une nouvelle rubrique intitulée « Doc & Droit ». Conçu en partenariat avec le Conseil régional de l'Ordre des médecins, cet espace propose des fiches pratiques claires et directement exploitables, couvrant à la fois les obligations légales, les démarches administratives et les règles éthiques qui encadrent l'exercice médical. Ce « compagnon numérique » a été imaginé pour simplifier la vie des médecins libéraux, qui doivent naviguer entre contraintes administratives, évolutions réglementaires et exigences déontologiques, tout en assurant une prise en charge optimale de leurs patients. Chaque fiche apporte des informations fiables et opérationnelles leur permettant de gagner du temps et de sécuriser leur pratique. Accessible directement en ligne, la rubrique traite de sujets concrets, dont la facturation, la téléconsultation, les obligations vis-à-vis des patients, la gestion des dossiers médicaux ou encore les actualités réglementaires. Cet espace est décrit comme un outil pratique et vivant, pensé par des médecins pour des médecins, afin de les accompagner dans leurs décisions quotidiennes et d'anticiper les situations complexes. Selon l'URML, cette initiative s'inscrit dans une stratégie plus large qui repose sur trois piliers : renforcer le soutien aux médecins libéraux, leur fournir des ressources utiles et accessibles, et faciliter un exercice serein et conforme aux règles professionnelles.

CENTRE-VAL DE LOIRE

Le numérique progresse, mais les pratiques restent contrastées

Une récente étude menée par l'URML Centre-Val de Loire dresse un état des lieux contrasté des usages numériques chez les praticiens libéraux de la région. Si la majorité des médecins utilise désormais des outils comme l'Identité Nationale de Santé (77 %) ou la Messagerie Sécurisée de Santé (64 %), cette enquête révèle aussi des pratiques encore très traditionnelles : 39 % des échanges entre professionnels se font encore par téléphone et près de 20 % via des moyens non sécurisés, tels que le mail personnel ou WhatsApp, soulevant des enjeux de confidentialité et de protection des données. Autre enseignement majeur : la téléconsultation progresse, avec Doctolib en tête des plateformes utilisées, tandis que la télé-expertise reste minoritaire. L'étude met en lumière une charge technique importante assumée par les praticiens eux-mêmes, et une coordination jugée insuffisante entre professionnels et avec les établissements. Malgré ces obstacles, près de la moitié des répondants estiment que le numérique améliore l'organisation des soins, et 42 % souhaitent intensifier leur usage des outils digitaux. L'URML souligne la nécessité d'un accompagnement renforcé, d'une formation adaptée et d'une coordination territoriale pour que le numérique devienne un véritable levier d'efficacité et de sécurité des soins.

Forfait Médecin Traitant : une réforme qui redéfinit la médecine générale

Le nouveau forfait médecin traitant simplifie et modernise la rémunération complémentaire des généralistes, en valorisant davantage la prévention, la coordination des parcours et le suivi des patients chroniques. Son objectif est de mieux reconnaître la complexité des prises en charge et de garantir un accès équitable aux soins.

UN FORFAIT UNIQUE

Mécanisme de rémunération forfaitaire institué par la convention médicale, le nouveau Forfait Médecin Traitant est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2026. Adossé au parcours de soins coordonné, il remplace le forfait patientèle médecin traitant et la rémunération sur objectifs de santé publique. Cette réforme poursuit plusieurs objectifs stratégiques : valoriser la prévention, la coordination et la prise en charge des pathologies chroniques, tout en répondant aux enjeux démographiques et épidémiologiques. Le FMT doit mieux reconnaître la complexité du suivi médical, en particulier pour les personnes âgées ou polypathologiques. Il doit aussi favoriser l'accès aux soins de premier recours et renforcer la soutenabilité du système de santé, en réduisant notamment les consultations redondantes ou inadaptées.

UN PAIEMENT AJUSTÉ

Le FMT repose sur un principe simple : chaque patient ayant déclaré un médecin traitant génère une rémunération annuelle pour ce dernier. La rémunération octroyée se divise en deux volets : un socle forfaitaire modulé en fonction du profil de chaque patient (1), variable selon son âge, son état de santé ou son niveau de précarité, et une part variable indexée sur des indicateurs de prévention. Pour en bénéficier, les médecins traitants doivent exercer en secteur conventionné, participer au parcours de soins coordonné et déclarer officiellement leur statut auprès de l'Assurance Maladie (2). Ils doivent également respecter certaines obligations, dont la télétransmission des

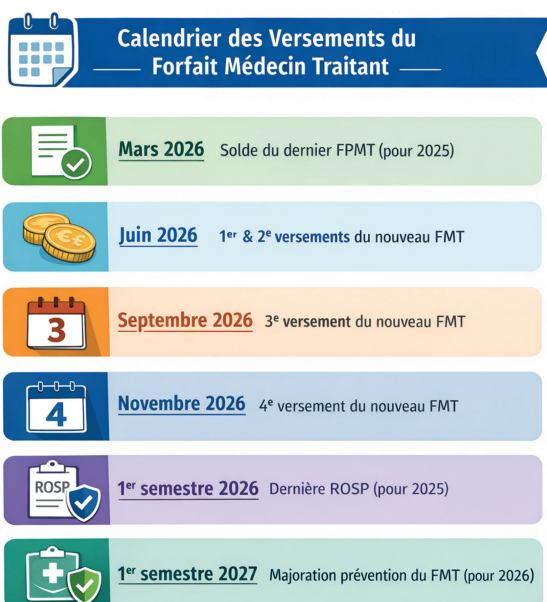
feuilles de soins et le suivi des indicateurs de prévention. Pour les praticiens, le FMT constitue un complément de revenu individualisé. Pour les patients, il ne change ni le tarif des consultations ni le montant du remboursement. Il ne représente donc pas un coût supplémentaire.

UN DISPOSITIF CONTESTÉ

Le Forfait Médecin Traitant n'est pas exempt de critiques. De nombreux médecins jugent la rémunération insuffisante par rapport aux missions de coordination et de suivi longitudinal. Les obligations administratives et la saisie des indicateurs sont également perçues comme contraignantes, surtout pour les petites patientèles. Certains professionnels craignent par ailleurs que la standardisation des indicateurs de prévention ne reflète pas toujours la complexité des situations rencontrées, notamment chez les patients polypathologiques ou âgés. D'autres redoutent que les disparités territoriales limitent l'accès au dispositif, en particulier dans les zones sous-dotées, où la démographie médicale ne permet pas toujours d'assurer un suivi optimal. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques, le FMT pourrait accentuer la pression sur les médecins traitants, sans que cette rémunération forfaitaire unique ne compense totalement la hausse de la charge de travail.

UN CHANTIER EN MOUVEMENT

Le Forfait Médecin Traitant est conçu pour évoluer progressivement. Parmi les axes prioritaires figure le développement de la prévention, avec une valorisation accrue des actions de vaccination, de dépistage et de suivi des pathologies chroniques, soutenue par le déploiement de nouveaux outils numériques. À plus long terme, de nouveaux modes de rémunération populationnelle ou collective, tels que la capitation ou le financement des équipes de soins primaires, pourraient être expérimentés pour encourager une approche plus globale de la prise en charge. Des ajustements spécifiques sont aussi envisagés pour les zones sous-dotées et les patientèles complexes, afin de garantir une offre de soins équitable et de qualité sur tout le territoire.



(1) : Calculée sur la base de la patientèle observée au 31 décembre de l'année précédente, la part fixe du FMT comprend des majorations spécifiques pour chaque bénéficiaire de la C2S (10 euros), pour les médecins installés en ZIP ou en QPV (10 % de la partie socle) et pour les médecins âgés de 67 ans et plus (10 % de la partie socle). La rémunération annuelle est versée en quatre fois : avril, juin, septembre et novembre.

(2) : Les médecins en secteur 2, qui adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, sont également éligibles au FMT.

Registre national des cancers : un outil stratégique pour la prise en charge et la recherche

La surveillance des cancers franchit une étape décisive avec la création récente d'un registre national. Piloté par l'INCa, il centralise des données exhaustives pour mieux prévenir, mieux soigner et mieux comprendre les inégalités, dans un cadre juridique et éthique renforcé.

ORIGINES ET CADRE JURIDIQUE

Pendant des décennies, la France surveillait les cancers en utilisant des registres régionaux qui couvraient une partie limitée de la population. Si ces dispositifs ont produit des données fiables, ils ne répondaient plus aux besoins actuels, accentués par la hausse du nombre de cas et la complexification des parcours de soins, qui nécessitaient une vision globale. Pour combler ces lacunes, la loi n° 2025-596 du 30 juin 2025 instaure un registre national des cancers, désormais inscrit dans le Code de la santé publique. L'INCa se voit confier la responsabilité de centraliser et d'analyser toutes les données relatives aux cancers diagnostiqués en France. Un décret publié fin décembre en précise les modalités de collecte, de traitement et de protection. Composante importante de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers, ce registre poursuit un objectif clair : renforcer la connaissance pour mieux prévenir, soigner et accompagner les Français.

UNE EXPLOITATION ENCADRÉE DES DONNÉES

Le registre national des cancers repose sur une exploitation coordonnée de données déjà disponibles, sans déclaration directe des patients. Il agrège des informations issues des registres régionaux, des établissements de santé, des laboratoires d'anatomopathologie et de plusieurs bases médico-administratives. Ces données sont ensuite croisées, harmonisées et pseudonymisées pour assurer leur cohérence, et la protection de la vie privée. L'INCa pilote l'ensemble du

dispositif, en coopération avec les agences sanitaires, les professionnels de santé et les équipes de recherche. Des comités scientifiques et éthiques encadrent l'accès aux données et garantissent un usage responsable. L'enjeu est double : maintenir une qualité élevée et une comparabilité homogène sur tout le territoire, tout en respectant scrupuleusement le règlement général sur la protection des données et les exigences de transparence.

RECHERCHE, SANTÉ PUBLIQUE ET PRATIQUE CLINIQUE...

Ce nouveau registre fournira, pour la première fois, une vision exhaustive de l'incidence, de la survie et de la mortalité liées aux différents cancers en France. Cette couverture complète permettra de repérer finement les inégalités territoriales, sociales ou environnementales, mais aussi de mesurer les impacts des politiques de prévention et de dépistage. Pour la recherche, il constituera une ressource majeure, en facilitant notamment les études épidémiologiques de grande ampleur, l'analyse des parcours de soins et l'évaluation des innovations thérapeutiques en conditions réelles. Il jouera également un rôle important dans la planification des soins, en aidant les autorités à anticiper les besoins en personnel, en équipements et en structures spécialisées. Pour les médecins libéraux, ces données offriront un appui concret pour adapter la prévention, affiner le dépistage ou encore renforcer la coordination avec les spécialistes et les hôpitaux.

LE CHIFFRE-CLÉ

13,6 millions

C'est le nombre de personnes figurant déjà dans la base de données exploitée par le registre national des cancers, qui sera progressivement enrichi.

LE FAIT MARQUANT

Une montée en puissance progressive

Officiellement créé en décembre dernier, le registre national des cancers se déploiera progressivement, selon une logique d'amélioration continue. Durant les prochaines années, le dispositif s'enrichira de données plus détaillées, notamment sur les traitements, leurs effets à long terme et la qualité de vie des patients. Plusieurs projets doivent également permettre de renforcer son interopérabilité avec d'autres systèmes nationaux de données de santé pour affiner les analyses et réduire les délais de production des indicateurs essentiels. À plus long terme, le registre pourrait intégrer des outils avancés d'analyse statistique et d'intelligence artificielle, capables de détecter des signaux faibles ou des tendances émergentes. Il trace aussi des perspectives de coopération accrue avec les registres internationaux avec une ambition claire : faire de la France un acteur de premier plan dans la surveillance et la recherche en cancérologie aux niveaux européen et mondial.



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/ou cours du soir**



**En présentiel
et/ou visioconférence**

RÉALISEZ VOTRE BILAN DE COMPÉTENCES

En tenant compte de vos atouts et motivations, le bilan de compétences vous permet d'analyser vos compétences professionnelles et personnelles ainsi que de définir votre projet professionnel (ou de formation).

Ouverte à tout public et sans prérequis, cette formation est éligible aux OPCO, dont le Compte Personnel de Formation (CPF).



79 rue de Toqueville
75017 Paris
contact@acfm.fr
www.acfm.fr



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 !

