



Convention : le retour du dialogue ?

Rencontre

Pr Guillaume Couillard

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

Quoi ça sert ?

Mon espace santé :
un défi opérationnel
pour la médecine de ville

Pratique

Facturation électronique :
une réforme fiscale... aux effets bien réels

Une épargne de qualité sans en faire les frais

0% de frais sur versement

À la souscription d'un PER
Et sur tous les versements
d'un contrat d'assurance vie
et de capitalisation.

Offre soumise à conditions ⁽¹⁾.
Du 01/04/2026 au 31/08/2026

En savoir plus



Il existe un risque de perte en capital sur les supports
en unités de compte ⁽²⁾.



Ensemble, prenons soin de demain

macsf.fr**3233**Service gratuit
+ prix appel

PUBLICITÉ

(1) L'offre promotionnelle épargne s'étend du 01/04/2026 au 31/08/2026. Elle porte sur tous les versements effectués, y compris les versements programmés, vers les contrats RES (hors RES individuel), RES Multisupport, RES Capitalisation, RES Capi et sur le versement réalisé lors de la souscription du contrat RES Retraite. Les autres frais inhérents aux contrats, tels que les frais de gestion, s'appliquent conformément aux dispositions contractuelles. Au-delà du 31/08/2026, tous les frais prévus aux contrats s'appliqueront. 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. 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. RES Capitalisation est un contrat de capitalisation individuel nominatif, libellé en euros et en unités de compte souscrit auprès de la MACSF épargne retraite. 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. RES Retraite est un plan d'épargne retraite sous forme de contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative individuelle, 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.

(2) 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.

Accès aux soins : l'illusion du tout-salarié nous mène dans le mur

La France s'enfonce dans une crise d'accès aux soins. Les délais s'allongent, les renoncements augmentent, et l'exaspération des Français devient palpable. Face à cette réalité quelles solutions proposer ?

Le développement du salariat médical ? Une chimère

Depuis quinze ans, le nombre de médecins salariés a progressé de 20 %, tandis que celui des médecins libéraux reculait de 15 %. Ce déséquilibre n'a rien résolu. Il a, au contraire, fragilisé l'accès aux soins de proximité. Car le médecin libéral est le pivot du système de santé. C'est lui qui, dans les territoires, assure la continuité des soins et organise les parcours.

Refuser de réformer l'organisation hospitalière publique ? Une faute

La CSMF le dit depuis longtemps. La Cour des comptes le confirme aujourd'hui. Opposer public et privé est une impasse. Mais refuser de rééquilibrer le système l'est tout autant.

La dégradation de l'accès aux soins n'est pas une fatalité. Elle est le résultat de choix politiques. Affaiblir la médecine de ville n'est pas la solution. Il est temps de changer de cap.

Nous avons besoin d'un véritable choc d'attractivité pour la médecine libérale : revaloriser l'expertise, simplifier l'exercice, redonner aux médecins les moyens d'agir dans les territoires.

À l'approche des échéances électorales, une question simple se pose : voulons-nous un système rigide, administré, ou un système fondé sur la responsabilité et la proximité ?

**Remettre le médecin libéral
au cœur du système
de santé n'est pas
un choix corporatiste.
C'est une solution pour
améliorer durablement
l'accès aux soins.**

Dr Franck Devulder,
Président de la CSMF

4| Rencontre

Guillaume Couillard, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins à la CNAM

7| Brèves Personnalités

Élection :
2026-2030 : la CSMF persiste et signe

8| Dossier

Convention : le retour du dialogue ?

14| Société Santé

Santé mentale des étudiants : la faille silencieuse
Protoxyde d'azote : une ligne de crête entre soin et sanction
Outre-mer : l'accès aux soins sous contrainte territoriale

15| Actualités

Institutions de santé

16| Coordination Santé

Île-de-France, Centre-Val de Loire, Pays de la Loire,

17| à Quoi ça sert ?

Mon espace santé :
un défi opérationnel pour la médecine de ville

18| Pratique

Facturation électronique : une réforme fiscale...
aux effets bien réels

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 Février 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.

Guillaume Couillard,
directeur délégué à la gestion
et à l'organisation des soins
à la CNAM

« La convention reste le pilier pour une meilleure organisation des soins »

Nommé en janvier dernier, en remplacement de Marguerite Cazeneuve, Guillaume Couillard est un spécialiste de l'Assurance Maladie et de la protection sociale. Son parcours professionnel alterne des passages en cabinet ministériel et des postes de management opérationnel, notamment dans des établissements hospitaliers. Pour *Le Médecin de France*, il détaille les modalités de reprise du dialogue conventionnel.

VOUS AVEZ RÉCEMMENT REJOINT LA CNAM. QUELLES SONT LES PRINCIPALES ÉTAPES DE VOTRE CARRIÈRE, ET POURQUOI AVOIR CHOISI L'ASSURANCE MALADIE ?

Bien que n'étant ni médecin ni professionnel de santé – je suis ingénieur de formation – j'ai effectué la majeure partie de ma carrière dans l'univers de la santé et de la protection sociale. Après un premier poste à la Direction de la Sécurité Sociale en 2005, j'ai ensuite rejoint la Direction Générale de la Modernisation de l'État en 2008, où je me suis notamment occupé du dossier de la performance des CHU. À partir de 2010, j'ai été adjoint du sous-directeur de l'Assurance Maladie, avant de devenir directeur-adjoint des HCL, de 2013 à 2017. Puis j'ai été nommé conseiller technique au cabinet du Premier ministre Édouard Philippe, entre 2017 et 2020, en charge notamment des dossiers sur l'accès aux soins, la prévention, le financement et le développement du numérique. Enfin, mon dernier poste, en tant que directeur du GHU Paris psychiatrie et neurosciences, était plus opérationnel, avec le défi de bâtir une nouvelle organisation dans un domaine crucial pour une meilleure prise en charge des patients. Les enjeux de santé sont, en quelque sorte, le fil rouge de mon parcours professionnel. Mon arrivée à la CNAM se situe dans le prolongement de mes précédentes expériences. Et j'espère apporter ma pierre, à un moment-clé pour le système de santé et l'avenir de notre modèle de protection sociale.

APRÈS LA CRISE MAJEURE AVEC LES MÉDECINS LIBÉRAUX, LA CNAM À LA VOLONTÉ DE RELANCER LE DIALOGUE CONVENTIONNEL. QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR CET OUTIL DE LA DÉMOCRATIE SOCIALE ?

Le directeur général, Thomas Fatôme, l'a très clairement expliqué dans le courrier qu'il a adressé début février aux partenaires conventionnels. La convention médicale est un instrument majeur pour poser un cadre d'exercice pour la médecine libérale, fondée sur une méthode de dialogue et de négociation qui doit être impérativement préservée, et avec l'ambition de dégager une vision partagée sur l'évolution des métiers. Pilier essentiel du système de santé et du dispositif d'Assurance Maladie, la convention doit reposer sur une co-construction avec les professionnels de santé. Nous en sommes convaincus, à l'Assurance Maladie : l'adhésion des professionnels aux évolutions de leur cadre d'exercice n'est possible qu'à la condition de s'entendre avec les organisations qui les représentent. C'est la force du dialogue social, et le moyen de progresser ensemble pour l'amélioration du système de santé, au bénéfice des assurés sociaux.

La convention, c'est également un outil sur le temps long, qui doit respecter un calendrier de déploiement préalablement discuté, et avec de nombreuses échéances à concrétiser ensemble.

C'est pourquoi nous avons souhaité reprendre le dialogue sans attendre, après la période de tension des derniers mois.

PLUSIEURS SUJETS ÉTAIENT SUR LA TABLE DE LA CPN DU 25 FÉVRIER, DONT LES MODALITÉS DE DÉROGATION POUR LES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS. POURTANT, LE VOTE PRÉVU N'A PAS EU LIEU. POURQUOI ?

Les Équipes de Soins Spécialisés, qui ont été inscrites dans la loi, constituent sans conteste un levier majeur pour renforcer l'accès à l'expertise des médecins spécialistes, en particulier dans les territoires fragiles sur le plan démographique. L'Assurance Maladie soutient fortement cette démarche, portée par les médecins spécialistes eux-mêmes, et qui doit permettre aux médecins traitants d'optimiser les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques, en lien avec leurs correspondants spécialistes.

Je rappelle que le périmètre de ces ESS et leurs modalités d'organisation ont été précisées dans le cadre de la convention. En particulier, il a été convenu d'un seuil minimal de 10 spécialistes par ESS. C'est une garantie, parmi d'autres, pour s'assurer de la pérennité dans la durée de ces dispositifs.

Il y a également la possibilité d'élargir, au-delà du département, la zone d'intervention des ESS, ce qui peut permettre d'atteindre le nombre de dix spécialistes. La convention prévoit effectivement des dérogations. Mais, plutôt que de voter dès la première réunion, nous avons choisi, avec les partenaires conventionnels, de lancer un groupe de travail dédié, afin de mieux définir les critères de dérogation et examiner les projets au cas par cas.

LES ARRÊTS DE TRAVAIL, QUI FUT UN POINT DE CRISPATION MAJEUR DU CONFLIT AVEC LA QUESTION DE LA MISE SOUS OBJECTIFS, SONT AU MENU DES DISCUSSIONS À VENIR. COMMENT COMPTEZ-VOUS AVANCER SUR CE THÈME ?

La mobilisation des médecins libéraux sur ce sujet témoigne de sa grande complexité. Plusieurs enjeux, à la fois sanitaires, professionnels, sociaux s'y croisent, dont bien sûr les conditions de travail, la pénibilité de certains postes, les risques psycho-sociaux ou encore le contexte de vie de l'assuré. Il est évidemment difficile pour les praticiens de faire la part des choses au moment de prescrire un arrêt de travail. C'est pourquoi nous allons engager, là encore, un cycle de travail avec les partenaires conventionnels, avec trois réunions thématiques.



À ce stade, le contenu envisagé est le suivant. La première visera à poser à nouveau le diagnostic de la situation, avec la nécessité d'intégrer l'expérience de terrain des médecins.

La seconde analysera la pertinence des outils disponibles, de ceux qui pourraient être créés. Le dispositif MSO, dont nous continuons à défendre la pertinence, fera partie de nos échanges.

Enfin, nous consacrerons le dernier temps concertation au service SOS IJ, dont les premiers retours sont encourageants. Nous y croyons beaucoup, car il doit permettre d'accompagner les prescripteurs face à des demandes complexes.

LA CPN A VALIDÉ LE DISPOSITIF DES ASSISTANTS MÉDICAUX MUTUALISÉS. QUEL APPORT POUR LES CONDITIONS D'EXERCICE ?

C'est un progrès majeur, qui permet d'assouplir et d'élargir le cadre de recrutement, en facilitant l'embauche d'assistants médicaux dans des cabinets de groupe ou des MSP, avec la possibilité de partager leur activité entre plusieurs médecins. Nous avons beaucoup travaillé avec les syndicats sur cette aide. Cela doit nous permettre d'augmenter encore le nombre d'assistants médicaux, proche de 10 000 actuellement, et dont l'intérêt n'est plus à démontrer pour dégager du temps médical face au patient. Ce dispositif, parmi d'autres, illustre à quel point la convention peut être un vecteur d'innovation organisationnelle et un outil-clé pour améliorer l'offre de soins dans l'ensemble des territoires.

DURANT LA RÉUNION, VOUS AVEZ FAIT LA DÉMONSTRATION DE L'OUTIL NUMÉRIQUE QUI DOIT PERMETTRE D'AMÉLIORER L'INFORMATION DE CHAQUE MÉDECIN SUR LE PROFIL DE LEURS PATIENTS, EN PARTICULIER SUR LE PLAN DES ACTES DE PRÉVENTION. EST-CE UN TOURNANT POUR UNE SANTÉ PLUS PRÉVENTIVE ?

Nous avons en effet présenté les maquettes de ce service numérique, actuellement en phase de test, et qui, semble-t-il, ont été appréciées par les participants à la CPN. Cet outil est complexe à développer, mais le résultat actuel est déjà très encourageant. Il permet de délivrer au praticien, en temps réel, des données sur le statut des patients par rapport à divers actes de prévention, par exemple la vaccination contre la grippe ou la participation à des actes de dépistage. L'objectif est d'engager la conversation avec le patient, de faire le point sur sa situation et de l'inciter à agir pour sa santé. Nous avons travaillé avec soin sur l'ergonomie du dispositif, afin de garantir la fiabilité des informations dispensées et leur rapidité d'accès pour le médecin. Grâce à cette nouvelle approche, c'est une prévention plus personnalisée que nous souhaitons promouvoir.

Je rappelle par ailleurs que, dans le cadre de Mon Espace Santé, les patients pourront, s'ils l'acceptent, recevoir des messages réguliers et personnalisés, visant à les sensibiliser sur tel ou tel acte de prévention.

LA CONVENTION PLACE LA PERTINENCE DE SOINS AU CŒUR DES PRIORITÉS, AVEC 15 PROGRAMMES DÉDIÉS. OÙ EN EST-ON DE LEUR DÉPLOIEMENT ?

La pertinence des soins est en effet un axe majeur de cette convention, et les partenaires conventionnels se sont entendus sur 15 programmes d'actions, définis sur la base de consensus scientifiques. Les travaux se poursuivent pour les traduire de façon opérationnelle et permettre aux médecins libéraux d'orienter leurs pratiques en faveur du juste soin. Ces programmes sont d'ailleurs abordés à l'occasion des visites annuelles réalisées par les délégués de l'Assurance Maladie. Certains sujets font également l'objet de campagnes plus larges, par exemple sur l'antibiorésistance.

Sur amelif.fr, dans l'espace médecins, de nombreuses ressources sont disponibles, issues des recommandations produites par les sociétés savantes et la communication scientifique. Plus d'une cinquantaine de liens sont d'ores et déjà consultables.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES S'ÉTONNENT DE NE PAS POUVOIR COTER ACTUELLEMENT LA GL2, SOIT LA CONSULTATION DE DÉPRESCRIPTION. ELLE EST EN EFFET CONDITIONNÉE À LA RÉALISATION D'UN BILAN DE MÉDICATION PAR LES PHARMACIENS. MAIS TRÈS PEU D'ENTRE EUX S'Y SONT ENGAGÉS...

Je rappelle que cette consultation concerne des patients qui ont au moins dix lignes de prescription sur leurs ordonnances. Il est vrai que les pharmaciens ne se sont pas encore réellement saisis du bilan de médication. C'est pourquoi nous souhaitons réunir les représentants des médecins et des pharmaciens autour de la table, afin d'identifier les freins et les résoudre ensemble. Il est probable qu'il y ait pour le moment un défaut de notoriété de ce nouveau dispositif. Peut-être faudra-t-il ensuite élaborer ensemble un accompagnement dédié, afin de favoriser son appropriation.

DERNIER SUJET QUI A ANIMÉ LES DÉBATS LORS DE LA CPN, VOUS AVEZ ÉVOQUÉ ENSEMBLE LE PROTOCOLE IMAGERIE. EST-IL VRAI QUE LES PREMIÈRES MESURES APPLIQUÉES EN NOVEMBRE AURAIENT DÉJÀ GÉNÉRÉ 200 MILLIONS D'EUROS D'ÉCONOMIES ?

Ce que vous indiquez n'est pas tout à fait exact. Le montant d'économies que vous évoquez sera en réalité atteint en fin d'année 2026. Le travail que nous engageons aujourd'hui, sous la forme de réunions bilatérales, a pour but d'aboutir à un protocole sur la pertinence des actes d'imagerie. À l'issue de ces réunions, nous mènerons alors une négociation pour la signature d'un avenant à la convention, autour du même objectif total fixé par la LFSS 2026 de 300 M€.

Élection

2026-2030 : la CSMF persiste et signe

Avec la réélection de Franck Devulder et de Bruno Perrouy, et la désignation d'une nouvelle équipe dirigeante, la CSMF s'organise pour préparer les prochains défis de la médecine libérale.

Plus que jamais, la CSMF se met en ordre de bataille pour défendre ses confrères, préserver l'indépendance de la médecine libérale et participer au nécessaire débat sur la reconstruction du système de santé. Le 14 mars dernier, le syndicat s'est réuni pour confirmer la ligne défendue par son président, Franck Devulder. Comme prévu, il a été réélu pour un mandat de quatre ans, jusqu'en 2030. Et le président des Spécialistes-CSMF, Bruno Perrouy, a lui aussi obtenu la confiance de ses pairs, également pour quatre années supplémentaires. Le président des Généralistes-CSMF, Luc Duquesnel, avait pour sa part été réélu en février 2023. Les trois présidents continueront donc à agir ensemble, au moins jusqu'en février prochain, dans le but de préparer deux échéances majeures l'an prochain : le débat de la présidentielle, où la santé est appelée à occuper une place centrale, et les élections aux URPS, prévues pour septembre 2027.

MISSION ACCOMPLIE

Avant le vote, Franck Devulder a pris la parole, d'abord pour rappeler le sens de son élection en 2022. « Il y a quatre ans, vous m'avez confié la présidence de la CSMF avec une attente claire : redresser, transformer et défendre. Redresser les comptes de la CSMF, transformer pour créer un véritable syndicat de services et défendre sans compromissions la médecine libérale et celles et ceux qui la font vivre. » Quatre ans plus tard, le résultat est là. « La CSMF a retrouvé une situation financière nettement améliorée, même si elle reste encore fragile. » La transformation vers un syndicat moderne, capable d'accompagner et de soutenir tous les médecins libéraux, s'est traduite par des outils performants d'information et de sensibilisation, sur la gestion du cabinet, le respect d'une réglementation de plus en plus complexe et contraignante et l'optimisation de l'exercice libéral de la médecine. Enfin, côté défense de la profession, la CSMF a été en première ligne pour combattre un climat de plus en plus anti-libéral. « Face aux tentatives de coercition, à la remise en cause de la valeur de nos actes et à la stigmatisation des médecins, nous avons tenu bon. La CSMF a pris toute sa part

dans une mobilisation historique, unitaire, responsable. Cette détermination a permis de faire reculer le Gouvernement et de rouvrir des négociations. »

2027, ANNÉE CHARNIÈRE

À présent, pour son second mandat, Franck Devulder porte une conviction. « Je suis profondément convaincu que la médecine libérale est la porte d'entrée du système de santé et qu'elle doit y jouer un rôle central, reconnu et respecté. Cela suppose une politique claire : reconnaissance de l'expertise médicale, valorisation de la qualité et de la pertinence des soins, responsabilité partagée de tous les acteurs. C'est le sens de l'action que nous avons menée, et que je souhaite poursuivre. » Quatre priorités seront au cœur de sa seconde présidence : la défense des conditions d'exercice, la préparation des élections aux URPS, les négociations à venir sur la nomenclature et l'ancrage territorial de la CSMF au plus près des réalités de chaque bassin de vie. Fidèle à son ADN de syndicat réformiste, engagé pour co-construire plutôt que subir des mesures hostiles à la médecine libérale, la CSMF entend également porter la voix des médecins libéraux durant le débat présidentiel. « 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 », expliquait le président de la CSMF au *Quotidien du Médecin* le 16 mars, tout en déplorant que « la reconnaissance de la valeur de notre expertise n'a pas progressé au même rythme. » Un avis partagé, bien sûr, par Bruno Perrouy, qui rappelle l'une des priorités réaffirmées des Spécialistes-CSMF : veiller à ce qu'il n'y ait « aucune spécialité perdante dans la refonte de la CCAM », à laquelle s'ajoute la défense du secteur 2 et d'un OPTAM plus pertinent.

Parce qu'un syndicat, c'est aussi un collectif de professionnels représentatifs de la diversité des métiers, unanimement engagés pour les confrères et alignés sur une stratégie d'action cohérente, les dirigeants de la CSMF peuvent s'appuyer sur les compétences et l'expérience d'une équipe d'élus pleinement mobilisée (voir ci-dessous).

BUREAU CSMF 2026-2030

Bureau : Patrick Assyag • Christian Augareils • Philippe Boutin • Philippe Chazelle • Franck Devulder, *Président* • Florence Doury-Panchout • Frédérique Dulorme • Luc Duquesnel • Yves Froger • Jean-Daniel Grader • Sylvaine Le Liboux • Jean-Luc Leymarie • Bruno Perrouy • Nadia Simon.

Invités permanents : Jean-Baptiste Caillard, *Président CNURPS* • Jean-François Moreul, *Président FCPTS* • Christine Kowalczyk, *Présidente URPS La Réunion* • Christian Rohrbacher, *Vice-Président URPS Guyane* • Laurent Verzaux, *Radiologue, membre FNMR*.

Personnalités qualifiées : Jean-Michel Lemette, *Numérique en santé* • Philippe Nin, *SOS Médecins*.

Conseillère du Président : Isabelle Carayon.





Convention : le retour du dialogue ?

Après le conflit, les esprits s'apaisent, avec l'ambition de reprendre le chantier de co-construction de la convention médicale. Mais la première réunion de la CPN n'a pas vraiment été conclusive. Or, à six mois du PLFSS, puis de la campagne présidentielle, le temps presse...

Plus d'un mois après le coup de colère légitime des médecins libéraux, leurs représentants avaient repris le chemin de la négociation, à l'invitation du directeur général de la CNAM, Thomas Fatôme. Le 20 février, il adressait en effet un courrier d'invitation aux syndicats signataires, afin de les convier à une réunion de la Commission Paritaire Nationale (CPN). Instance de débat et de pilotage de la convention, à laquelle participent les dirigeants des différents syndicats, la CPN ne s'était pas réunie depuis le 10 septembre 2025. Dans son courrier, en forme de *"mea culpa"* des autorités sur des mesures contestées par le corps médical durant le conflit de janvier, Thomas Fatôme a d'abord voulu souligner son attachement à la politique conventionnelle. « *La convention médicale est à la fois un cadre commun et une méthode autour du dialogue et de la négociation. Elle doit également conduire à des résultats, tant sur l'attractivité de votre profession, que sur l'accès aux soins et sur la pertinence.* » Il est revenu sur certaines de ces mesures parmi les plus contestées. « *Les débats sur le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2026, dans le contexte politique particulier qui est le nôtre, ont soulevé des inquiétudes relatives à des articles intervenant parfois sur des champs relevant du cadre conventionnel. La LFSS étant désormais promulguée, il nous revient de nous concentrer sur les articles y figurant. La ministre de la Santé, Stéphanie Rist, a pris devant vous plusieurs engagements et, comme j'ai eu l'occasion de l'exprimer devant la représentation nationale, je m'engage à ne pas faire usage des articles 77 et 78 de la LFSS.* »

DES PROMESSES, JUSQU'OU ?

Pas de passage en force, donc, même si rien ne dit que ces promesses seront tenues, alors que la loi conserve la possibilité à l'Assurance Maladie d'y recourir en cas de blocage de la négociation. En attendant, les syndicats signataires veulent croire aux bonnes intentions affichées. Et, de fait, leurs représentants se sont tous rendus à l'invitation de la CNAM,

pour une réunion de relance sur de nombreux chantiers en suspens. Chacun en est conscient : le temps presse. Et il faut graver dans le marbre les dispositifs en projet, au risque qu'ils ne soient balayés par un nouveau durcissement de la politique de santé, à l'automne prochain avec le débat sur la PLFSS 2027. Plusieurs thématiques étaient annoncées dans le courrier, dont les contrats d'assistants médicaux mutualisés, les ESS, le nouveau forfait médecin traitant, les indicateurs de suivi de prévention des patients. Par ailleurs, la réunion du 25 février devait être l'occasion de convenir d'une feuille de route pour trois sujets brûlants : le protocole imagerie, les arrêts de travail et les dépassements d'honoraires. Enfin, la refonte de la CCAM, point d'orgue des négociations à venir, sera traitée séparément, via les travaux d'un groupe de travail lancé en mars. Dans son courrier, Thomas Fatôme s'engage à partager avec l'ensemble des médecins les travaux sur le calcul des charges, « *décidé collectivement et audité par un cabinet externe choisi de façon paritaire* ».

UN DIALOGUE À RENFORCER

Si la méthode est bonne, si la reprise du dialogue satisfait les partenaires conventionnels après le mouvement historique de protestation des derniers mois, le bilan de la réunion du 25 février est jugé mitigé par ses participants. Plusieurs « irritants » ont perturbé la sérénité du débat, sur les dérogations aux ESS ou la cotation de la lettre-clé GL2. Par ailleurs, les thématiques les plus clivantes, comme le protocole imagerie, les arrêts de travail ou les dépassements, sont renvoyés à des travaux ultérieurs. Enfin, la refonte de la CCAM s'annonce comme un facteur majeur de crise à venir, quand la CNAM est soupçonnée de « jouer la montre » et qu'elle pourrait profiter de l'opportunité pour dévaloriser une partie des actes techniques. Quoi qu'il en soit, la période de discussion sur la valeur des actes pourrait être compliquée, début 2027, par la campagne présidentielle, mais également par la perspective du scrutin aux URPS, en septembre.

Les principaux chantiers en cours

ESS : PAS DE VOTE SUR LES DÉROGATIONS

Les Équipes de Soins Spécialisés sont des regroupements de médecins spécialistes libéraux qui ont pour objectif de structurer l'accès aux soins de second recours pour les patients. Organisées par spécialités, elles interviennent à l'échelle d'un territoire prédéterminé, en général le département, mais qui peut potentiellement s'étendre, par exemple à la région. En facilitant le lien avec les intervenants de soins primaires, elles visent à améliorer les délais de prise de rendez-vous et l'accès à un avis d'expertise ainsi qu'à hiérarchiser les parcours de soins en fonction de l'état de santé du patient. Elles reposent sur des protocoles de soins, comprenant notamment des actes de téléexpertise, ainsi que sur l'organisation de consultations avancées dans les territoires les plus isolés. Le financement des ESS comprend une somme d'amorçage, soit 80 000 euros, et une somme de fonctionnement annuel variant de 50 à 100 000 euros selon la taille de la structure.

Selon la CNAM, 46 lettres d'intention d'ESS ont été déposées, dont 37 validées et 9 en cours d'examen. 22 projets de soins ont été déposés, dont 14 validés et 8 en cours d'analyse. Et 33 ESS sont enregistrées au registre FINESS : 5 se déploient en cardiologie, 4 en dermatologie, en oncologie, en ophtalmologie et en pédiatrie.

Le 25 février, en CPN, cinq demandes de dérogation devaient être examinées. Une ESS d'allergologie en Centre-Val de Loire, comprenant 16 praticiens mais 9 allergologues, demandait une dérogation sur le critère de mono-spécialité. Une ESS en oncologie en Indre-et-Loire demander une dérogation au seuil de 10 praticiens, avec seulement 6 inscrits. Mêmes demandes pour une ESS de

néphrologie en Pyrénées-Orientales (7 praticiens) et une ESS de neurologie dans le Vaucluse (7 praticiens également). Enfin une ESS du rachis, avec seulement 2 chirurgiens, demande une dérogation.

En dépit du scénario annoncé, le directeur général de la CNAM n'a pas souhaité soumettre au vote les demandes de dérogation, préférant renvoyer la décision à un groupe de travail dédié. Outre le temps perdu, ce report fragilise des structures qui, pour certaines, fonctionnent sur des crédits temporaires liés au FIR.

CONTRATS D'ASSISTANTS MÉDICAUX MUTUALISÉS : UNE VÉRITABLE AVANCÉE

Les contrats d'Assistants Médicaux (AM) mutualisés permettent à plusieurs médecins (SCM, SEL, SISA, MSP) de partager un assistant pour alléger leur charge administrative et technique, tout en bénéficiant des aides de l'Assurance Maladie. Le dispositif finance une partie du salaire selon le temps de travail et la zone d'exercice. L'aide est versée sur 5 ans (renouvelable). En 2024, les montants ont été revalorisés de 5 %. Le médecin doit avoir un certain volume de patientèle (seuil P30 minimum) et s'engager à augmenter sa patientèle de 10 % en moyenne grâce à ce soutien. La présentation de ce dispositif élargi, voté le 25 février, doit permettre de dépasser rapidement le seuil des 10 000 assistants médicaux.

À l'occasion d'un point sur le nouveau Forfait Médecin Traitant (FMT), la CNAM a présenté les nouveaux outils AmeliPro qui permettent au praticien de connaître le statut de chacun de ses patients, par rapport aux démarches et actes de prévention.

SUIVI INDIVIDUALISÉ DES CRITÈRES DE PRÉVENTION : UN OUTIL POUR MIEUX DIALOGUER

À l'occasion d'un point sur le nouveau Forfait Médecin Traitant (FMT), la CNAM a présenté les nouveaux outils AmeliPro, qui permettent au praticien de connaître le statut de chacun de ses patients, par rapport aux démarches et actes de prévention. La démonstration en « live » a séduit les participants à la CPN. L'Assurance Maladie a « planché » pour garantir la fiabilité des informations délivrées, ainsi que l'ergonomie de l'outil. La réunion a également été l'occasion d'annoncer la révision de certains indicateurs du FMT prévention, en fonction de l'évolution des recommandations, comme les vaccinations pneumocoque et méningocoque, ou les dépistages biologiques du diabète et de l'insuffisance rénale.

CONVENTION : UN POINT SUR LES SUJETS RESTANT À TRAITER

La CNAM a rappelé les thématiques qui devront être abordées dans les mois à venir. Il faut, par exemple, statuer sur l'Avis Ponctuel de Consultant, avec l'objectif de renforcer la qualité de son contenu, la simplicité de son usage et sa



pertinence par rapport au parcours patient. Le renouvellement du dispositif d'intéressement à la déprescription des IPP doit être mené, de même qu'il faudra définir les exceptions au seuil maximal d'actes de téléconsultation (pour les retraités notamment). Le DPC sera au menu des discussions pour établir son cahier des charges, tandis qu'il faudra établir le champ d'application de la GL3 pour les cas complexes. Des travaux vont être par ailleurs lancés sur l'accès direct aux gynécologues et aux psychiatres et sur l'impact des nouvelles rémunérations à compter de 2027, tandis que la participation des OCAM au FMT doit être étudiée.

CONSULTATION GL2 :

LE BILAN PHARMACEUTIQUE AUX ABONNÉS ABSENTS

La consultation pour déprescription est une belle idée, dont l'intérêt de santé publique est partagé par les partenaires conventionnels. Objectif : revoir les traitements, identifier ceux qui ne sont plus nécessaires et réduire les risques liés à la polymédication/hyperpolymédication. Le dispositif repose sur un dyptique : une consultation longue pour le médecin traitant, associé à un bilan partagé de médication réalisé en amont par le pharmacien. Basé sur une séquence annuelle d'entretiens, il cible les patients âgés qui prennent au moins cinq médicaments de façon chronique, au-delà de six mois. Pour le médecin, ce bilan doit apporter des informations sur les traitements pris en plus de sa prescription, les problèmes liés à la galénique et à d'éventuels effets indésirables ou difficultés d'observance, le risque d'interactions dangereuses et « tout autre élément susceptible d'éclairer la décision thérapeutique ».

Les syndicats ont interpellé la CNAM sur la possibilité la cotation GL2, alors que les pharmaciens ne se sont pas engagés dans ce bilan, le jugeant chronophage et mal rémunéré. Thomas Fatôme a signifié une fin de non-recevoir, indiquant que des réunions entre pharmaciens et médecins seraient organisées pour lever les obstacles. Encore une fois, l'Assurance Maladie risque de décourager l'implication des médecins, qui estiment que la contribution du pharmacien, se contentant de reprendre la liste des interactions dangereuses figurant dans leurs logiciels, est limitée.

IMAGERIE, ARRÊTS DE TRAVAIL, DÉPASSEMENTS D'HONORAIRE : LES SUJETS QUI FÂCHENT EN DÉBAT

Sur ces trois thèmes, qui ont polarisé le conflit cet hiver, l'Assurance Maladie annonce la mise en route de divers groupes de travail. Le protocole imagerie ouvre le bal, avec un malentendu à trancher : les mesures de novembre dernier devraient dégager 200 millions d'euros en année pleine. Les représentants syndicaux demandent donc que l'impact budgétaire soit revu, et surtout que la CNAM s'engage enfin dans une démarche de pertinence des actes en matière de radiologie. Mais, pour le moment, rien de tangible n'est encore ressorti de ces premiers échanges. Les discussions autour des IJ et des dépassements d'honoraires s'annoncent d'autant plus complexes que ces thématiques sont également au-delà du champ conventionnel, dans le débat public entre différentes parties prenantes (ministères, employeurs, payeurs, associations d'usagers...).





Franck Devulder
président de la CSMF

Vous avez repris le chemin de la négociation conventionnelle. En quoi est-ce vital pour la médecine libérale ?

Cette nouvelle étape dans le dialogue compliqué entre la médecine libérale et les décideurs politiques est à replacer dans le contexte plus large des deux dernières années.

Depuis la signature de la convention, que nous avons heureusement pu boucler avant la rupture du paysage politique provoquée par la dissolution, des attaques d'une ampleur inédite se sont multipliées contre les médecins libéraux. Entre les PPL à l'Assemblée Nationale et au Sénat visant à restreindre la liberté d'installation, les rapports à charge contre le secteur 2, les mesures dilatoires contre notre liberté de prescription des arrêts de travail, le discours toxique contre les pseudos rentes de situation ou la tentative de fouler au pied le contrat conventionnel, les médecins n'ont cessé d'être montrés du doigt, désignés comme les boucs émissaires qui seraient responsables des errances du système de santé. La réaction unitaire et historique de la profession fut donc, et avec succès, à la hauteur des violences qu'elle subit. Sans tarder, la ministre de la Santé et le directeur général de la CNAM ont pris la mesure du mouvement, d'autant qu'il a été bien accueilli par la population. Concédant les erreurs des mois précédents, ils ont pris les décisions nécessaires pour permettre la reprise du dialogue. Dont acte. Et la CSMF, qui est et reste conventionniste dans l'âme, est prête à y contribuer. Le contrat conventionnel vaut mieux que la loi et le règlement, parce qu'il est la conséquence de négociations ouvertes et transparentes, où le compromis n'est jamais signe de compromission. Et ce que nous pourrions obtenir, dans le cadre d'une convention qui se bâtit durant ses cinq années d'application, sera autant de gagné face à l'adversité des prochains mois.

Pour autant, le bilan de la première réunion de la CPN doit un peu vous laisser sur votre faim ?

En effet, et cette première réunion illustre l'adage populaire : pas de promesses sans preuves. Derrière les décla-

rations, nous voulons des actes. Et il faut aller vite, alors que le prochain PLFSS est d'ores et déjà en projet, que le débat présidentiel va comme toujours inaugurer le bal des « mieux disants », que les problèmes de fond sur l'accès aux soins et le financement de la santé sont toujours sur la table.

Alors, la CPN du 25 février, c'est en soi une bonne nouvelle... mais le renvoi de la plupart des sujets à de nouveaux groupes de travail pose la question de la dynamique conventionnelle. Le temps presse, je dirai même qu'il « urge », pour restaurer l'attractivité de la médecine libérale. Le bilan démographique de l'Ordre vient de le rappeler : la médecine salariée devient dominante. Or, n'en déplaisent à ceux qui prétendent le contraire, la médecine salariée, c'est moins de temps de travail, moins de plages horaires de rendez-vous, et donc moins d'accès aux soins pour les patients.

Que penser, par exemple, de la reprise des discussions sur le protocole imagerie ?

C'est l'illustration de ce que nous ne voulons plus : la discussion pour la discussion et les faux semblants. Le directeur général de la CNAM nous a annoncé que les baisses tarifaires imposées aux radiologues, mais également à l'ensemble des spécialités associées aux actes d'imagerie, produiraient 200 millions d'euros d'économies en année pleine. Soit, sur trois ans, le double potentiel du montant réclamé dans le cadre de la LFSS. Il faut donc revoir le mécanisme pour revenir à l'objectif cible.

Et surtout, il faut d'ores et déjà déployer une politique de pertinence des soins, visant à limiter, sur un mode partenarial, les actes inutiles et redondants, sans remettre en cause la performance économique fragile des cabinets de radiologie.

Or, les premières réunions des groupes de travail semblent tourner au dialogue de sourds. La CNAM semble préférer la simplicité des mesures comptables au juste soin pour les patients.

Nous appelons donc solennellement l'Assurance Maladie à corriger le tir. Avec le vieillissement de la population, l'augmentation des actes d'imagerie est inéluctable.

Sans engagement résolu dans la pertinence des soins, la « course à l'échalotte » des approches prix-volume va se poursuivre, avec le risque de paupériser encore davantage des entreprises qui ont besoin de stabilité et de prévisibilité.

“
N'en déplaisent à ceux qui prétendent le contraire, la médecine salariée, c'est moins de temps de travail, moins de plages horaires de rendez-vous, et donc moins d'accès aux soins pour les patients.”



Bruno Perrouty
président des Spécialistes-CSMF

Un mauvais démarrage pour les spécialistes

La reprise des négociations s'annonce-t-elle de bon augure pour les spécialités médicales ?

Après la période de tension majeure que nous avons vécue en début d'année, le retour de la négociation est, en soi, une bonne nouvelle. La convention que nous avons signée en 2024 appelle à un travail constant, pour respecter les nombreuses échéances qui ont été fixées. Et il y a encore de nombreux chantiers à avancer, en particulier pour les spécialistes. Cependant, force est de constater que la première réunion de la CPN aura été une source de frustrations. Il était question que nous nous prononcions, par un vote, sur les dérogations accordées aux Équipes de Soins Spécialisées.

La convention établit en effet que ces ESS doivent être, au minimum, composées de dix praticiens. Mais, et c'est pour cette raison que nous avons prévu des dérogations, il peut être difficile, pour certaines spécialités et sur certains territoires, d'atteindre ce chiffre. Tout simplement parce que la démographie médicale ne le permet pas toujours !

Or, le directeur général a refusé de soumettre au vote les demandes de dérogation, et renvoyé l'examen des dérogations à de nouveaux groupes de travail. C'est du temps perdu, alors que ces projets d'ESS ont besoin de moyens urgents pour se constituer, recruter, informer les médecins de premier recours et élaborer des parcours efficaces de prise en charge des patients. Ces retards sont d'autant plus dommageables que les données sur les premières ESS expérimentées sont très positives sur ce plan.

Vous êtes vous-même à l'origine d'une ESS de neurologie dans le Vaucluse. La pérennité du projet est-elle menacée par ces retards ?

Le cas de notre ESS est un bon exemple. Au départ, nous n'avons pu mobiliser que sept neurologues, car les ressources disponibles dans le département ne nous permettaient pas d'en recruter davantage. Le refus de la CNAM de voter en faveur d'une dérogation menaçait en effet la survie du projet, qui nécessite de rémunérer un poste de coordination et l'adhésion à une plateforme

numérique de gestion des rendez-vous. Il nous restait alors deux mois de trésorerie, tout au plus.

Heureusement, j'ai pu convaincre trois confrères, installés dans un autre département, de nous rejoindre. Si je n'y étais pas parvenu, nous aurions dû renoncer.

La CNAM doit faire preuve de réalisme et de souplesse. Ou alors, il faut en conclure qu'elle ne croit pas aux ESS, qui sont pourtant inscrites dans la convention. La ministre de la Santé elle-même, lorsqu'elle nous a rencontrés, a estimé qu'il fallait que l'Assurance Maladie se prononce en faveur des dérogations.

Quelle analyse faites-vous des nouvelles discussions autour du protocole imagerie ?

Le directeur de la CNAM l'a reconnu lui-même : les mesures appliquées depuis le 1^{er} novembre permettent d'ores et déjà d'économiser 200 millions d'euros par an. Ce qui représente potentiellement, sur trois ans, le double de l'objectif fixé par la LFSS. Il faut donc reprendre le fonds des négociations, entendre les radiologues qui appellent l'Assurance Maladie à s'engager sur un réel programme de pertinence des soins et en finir avec la politique du rabet budgétaire. L'accès des Français aux progrès de l'imagerie médicale en dépend. Malheureusement, au vu de la teneur des discussions, l'Assurance

Maladie ne semble pas prête à s'impliquer davantage dans la pertinence des soins.

Malheureusement, au vu de la teneur des discussions, l'Assurance Maladie ne semble pas prête à s'impliquer davantage dans la pertinence des soins.

Comment voyez-vous la suite des négociations, et quelles positions défendrez-vous ?

Il faut d'abord que cette convention soit davantage attentive à la médecine spécialisée. Elle n'est par exemple pas concernée par le réseau France Santé, qui concentre toutes les attentions des pouvoirs publics.

Par ailleurs, de nombreux sujets vont devoir être abordés en 2026, comme la préservation du secteur 2 et la promotion d'un OPTAM plus attractif, l'extension de l'APC que nous appelons de nos vœux et qui doit devenir l'acte de référence des spécialistes, et bien sûr la préparation de la refonte de la CCAM. Nous nous battons fermement, en collaboration avec les syndicats de verticalité, contre toute velléité d'imposer des actes perdants.



Luc Duquesnel
Président des Généralistes-CSMF

Un bilan en demi-teinte pour la première CPN

Après le conflit de début d'année, les partenaires conventionnels ont repris le chemin du dialogue. Qu'attendez-vous de ce nouveau chapitre ?

En premier lieu, nous devons nous féliciter d'être restés fermes sur nos positions, dans un contexte d'hostilité marquée depuis deux ans contre la médecine libérale. Nous devons nous féliciter d'avoir signé la convention il y a deux ans, car qui sait ce qu'il serait advenu de la médecine libérale si nous ne l'avions pas fait. Nous avons eu raison de lutter pied à pied contre un PLFSS qui, dans sa première version, aurait programmé la mort de notre exercice, et au-delà de l'ensemble du système de santé français.

La CSMF, enfin, a été l'une des têtes de file de la contestation qui a uni historiquement la profession.

Les médecins ont obtenu gain de cause sur une majeure partie de leurs revendications, avec le « débogage » du PLFSS d'une part et la suppression de la MSO pour les arrêts de travail d'autre part. Cependant, les menaces sont toujours présentes, les mesures de rabotage budgétaire risquent de se représenter l'an prochain. Il était donc nécessaire et souhaitable de rediscuter sans tarder avec la CNAM, afin de commencer à compléter les pages manquantes de la convention. Ce que nous pourrions discuter et éventuellement signer seront autant de garanties contre de nouvelles tentatives délétères contre la médecine libérale.

Pourtant, la première réunion de la CPN affiche un bilan plutôt timide, avec de nouveaux groupes de travail pour la plupart des thèmes. Y a-t-il cependant des motifs de satisfaction pour les Généralistes-CSMF ?

Deux sujets majeurs pour nos conditions d'exercice ont été présentés, dont la possibilité de signer des contrats d'assistants médicaux mutualisés. C'est une avancée, appelée à faciliter leur recrutement dans le cadre des modes d'exercice collectifs. On le sait, les assistants médicaux sont l'un des instruments les plus efficaces pour augmenter notre temps médical, optimiser la gestion de la file active des patients et élargir notre patientèle, dans les limites de nos capacités.

“
Les assistants médicaux sont l'un des instruments les plus efficaces pour augmenter notre temps médical, optimiser la gestion de la file active des patients et élargir notre patientèle, dans les limites de nos capacités

Nous avons par ailleurs apprécié la présentation du dispositif destiné à nous informer en temps réel sur le statut de nos patients sur le plan des actes de prévention. Cela va nous aider pour ouvrir le dialogue et inciter aux dépistages et à la vaccination. À la condition, bien sûr, de disposer des bonnes informations au bon moment.

Mais il y a eu aussi des sujets de désaccord, d'incompréhensions, avec les représentants de l'Assurance Maladie... ?

En effet, et je citerai en premier lieu le malentendu autour de la cotation de la GL2, concernant la consultation de déprescription.

Nous avons interpellé le directeur général de la CNAM sur l'impossibilité pour nous d'appliquer le tarif prévu, à défaut de bilan de médication du pharmacien. Nous lui avons indiqué que les pharmaciens ne s'y engageaient pas, par manque de temps et parce que l'acte est peu valorisé. Thomas Fatôme est resté sur ses positions, refusant d'autoriser la cotation GL2. C'est d'autant plus dommage que nous partageons l'intérêt de santé publique de cette approche, visant à réduire la polymédication chez les personnes âgées.

Que dire, sinon, de la situation ubuesque des ESS, pour lesquelles la convention prévoit des dérogations, mais que la CNAM refuse d'examiner ?

À ce train, nous risquons de ne pas respecter les échéances que nous avons fixées ensemble en signant la convention.

Vous participez par ailleurs à la rediscussion de l'ACI-MSP. Comment cela se passe-t-il ?

Nous sommes censés aboutir d'ici la fin de l'année. Cet ACI est important sur divers points, notamment sur la place des SISA dans le fonctionnement de ces structures pluri-professionnelles. Mais, comme on pouvait le craindre, les échanges sont polarisés sur le déploiement du réseau France Santé, cette priorité de Sébastien Lecornu aux relents nettement électoralistes. Il semblerait que le gouvernement envisage de réserver les bénéfices de l'ACI-MSP aux seules structures adhérentes de France Santé. Ce serait évidemment inacceptable, d'autant que le cahier des charges précis ne nous a toujours pas été présenté.

Santé mentale des étudiants : la faille silencieuse

Le suicide d'un interne en psychiatrie à La Réunion, en janvier dernier, a brutalement remis en lumière la fragilité psychique des étudiants en santé. Deux mois après le drame, plusieurs mesures ont été annoncées pour renforcer la prévention, améliorer l'accès au soutien psychologique et mieux repérer les situations à risque. Au-delà de l'émotion, cet événement agit comme le révélateur d'un malaise structurel ancien. Les enquêtes nationales dressent un constat préoccupant : 21 % des internes déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours de l'année écoulée, et 70 % disent avoir envisagé d'arrêter leurs études au moins une fois. Ces indicateurs traduisent une souffrance durable, loin d'être marginale. Charge de travail élevée, pression des évaluations, précarité de certains statuts, isolement géographique ou hiérarchique... Les facteurs de vulnérabilité sont désormais bien identifiés. Pourtant, les dispositifs d'accompagnement restent souvent dispersés, peu lisibles et inégalement accessibles selon les territoires. La question dépasse largement le seul renforcement de l'offre de soins psychiques. Elle interroge l'organisation des formations médicales et une culture professionnelle qui a longtemps banalisé la souffrance au nom de l'engagement et de la vocation. Pour les médecins libéraux, en contact régulier avec des internes, des remplaçants ou de jeunes confrères, l'enjeu est concret : la santé mentale des soignants s'impose désormais comme un déterminant central de la durabilité humaine du système de soins.

Protoxyde d'azote : une ligne de crête entre soin et sanction

Face à la progression des usages détournés du protoxyde d'azote, les pouvoirs publics ont opté pour un durcissement de la réponse. Le projet de loi « Ripost » prévoit notamment la création d'un délit d'inhalation hors cadre médical, passible d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende, avec des peines pouvant atteindre trois ans de prison en cas de conduite sous emprise. L'objectif est clair : endiguer rapidement un phénomène qui touche principalement les jeunes. Selon les dernières données, 14 % des 18-24 ans déclarent avoir déjà expérimenté le protoxyde d'azote. Longtemps perçu comme un produit festif anodin, le « gaz hilarant » est pourtant associé à des complications médicales bien documentées : atteintes neurologiques, troubles sensitifs persistants, retentissements psychiatriques. Sur le terrain, les médecins constatent ces effets, souvent tardivement, lorsque les usages sont déjà installés. Mais la réponse pénale suscite des réserves. Plusieurs professionnels redoutent qu'une logique répressive n'éloigne les usagers des dispositifs de prévention et de soins, en favorisant la dissimulation plutôt que le recours au médecin. Au-delà du protoxyde d'azote, le débat interroge la manière dont les pouvoirs publics abordent les pratiques addictives émergentes : comment articuler prévention, accompagnement et sanction sans fragiliser le lien de soin ? Pour les médecins de premier recours, la frontière entre patient et contrevenant apparaît de plus en plus poreuse.

Outre-mer : l'accès aux soins sous contrainte territoriale



Dans son dernier rapport annuel, publié fin mars, la Cour des comptes dresse un constat sévère sur l'accès aux soins en outre-mer. Malgré les politiques engagées, les inégalités territoriales persistent. Les délais de prise en charge restent sensiblement plus longs qu'en métropole : quarante-deux jours en moyenne pour un rendez-vous en cardiologie, contre vingt-six jours dans l'Hexagone. Démographie médicale fragile, éloignement géographique, précarité sociale, forte prévalence des maladies chroniques... Les territoires ultramarins cumulent des contraintes spécifiques, auxquelles s'ajoutent des difficultés structurelles des établissements et des parcours de soins souvent discontinus, favorisant diagnostics tardifs et renoncements aux soins. Au-delà du constat, la Cour des comptes appelle à un changement de méthode. Elle plaide pour une approche fondée sur la subsidiarité, laissant davantage de marges de manœuvre aux acteurs locaux afin de concevoir des réponses adaptées aux réalités de terrain. L'enjeu n'est pas seulement organisationnel : il touche à la gouvernance, à la coordination entre acteurs et à la sécurisation durable des parcours de soins. Ce diagnostic dépasse le seul cadre ultramarin. Il fait écho aux débats métropolitains sur les déserts médicaux, avec une question centrale en toile de fond : comment garantir l'égalité d'accès aux soins sans assumer une différenciation territoriale des politiques de santé ?

Institutions de santé

La grande revue

Dans le cadre de l'opération « État efficace », de profonds remaniements sont mis en œuvre pour simplifier le « mécano » institutionnel dans le champ de la santé. Avec, pour objectif, de réduire les dépenses tout en améliorant l'efficacité.

Lancée par Sébastien Lecornu en septembre 2025, la mission « État efficace » vise à « simplifier l'organisation administrative, réduire la bureaucratie et rationaliser les dépenses publiques. » Pilotée par les hauts fonctionnaires Pierre Mathieu Duhamel et Denis Morin, elle privilégie la suppression de structures redondantes (délégations interministérielles) et la dématérialisation. 70 mesures y sont envisagées, dont un certain nombre dans le champ de la santé. C'est ainsi qu'il est étudié le rapprochement, voire la fusion, de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et Produits de Santé (ANSM), dans le but de simplifier l'expertise publique sur les produits de santé. L'IGAS doit notamment identifier les « chevauchements et lacunes » en matière d'organisation de l'évaluation des technologies et produits de santé.

Les ARS sont également concernées, sans projet de suppression mais à travers une profonde réforme, cherchant notamment à décentraliser certaines compétences médico-sociales à l'échelle départementale. La question du transfert de certaines de leurs attributions aux préfets reste également une option. Santé Publique France est également dans le collimateur : l'IGAS mène deux missions en ce sens, l'une sur sa mission de « communication », l'autre sur son réseau de surveillance épidémiologique. L'Agence de la biomédecine, l'Agence du numérique en santé et l'ANAP sont auditées par ailleurs.

Une autre réorganisation est en cours au ministère de la Santé, sous l'égide de Stéphanie Rist. Quatre personnes ont été désignées mi-avril pour préfigurer une nouvelle direction centrale, appelée à concentrer les compétences de la Délégation du numérique en santé, de l'Agence de l'innovation en santé, de la mission « article 51 » et des équipes chargées de la recherche et de l'innovation au sein du Ministère. Pilotée par Lise Alter, directrice de cabinet de la Ministre, la mission doit travailler à définir le périmètre de cette administration. Des décrets sont attendus en juin, pour un transfert effectif des attributions en fin d'année.

Stéphanie Rist

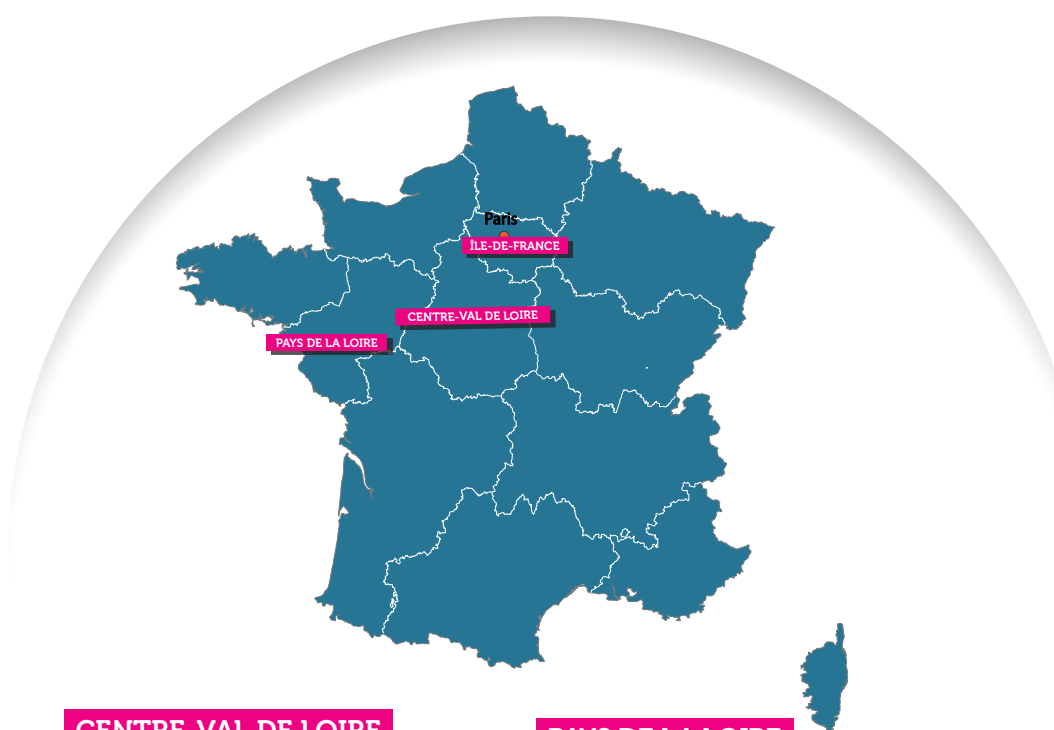


Un nouveau syndicat pour l'industrie pharmaceutique

Neuf laboratoires, dont huit français, ont lancé début avril le syndicat Initiative Pharma. But de cette nouvelle organisation : concilier innovation et défense de la souveraineté sanitaire.

Le 2 avril dernier, sept laboratoires pharmaceutiques (Sanofi, Guerbet, Ipsen, LFB, Pierre Fabre, Servier, Théa) ont franchi le pas esquissé en janvier, après leur départ du LEEM : la création d'un nouveau syndicat, Initiative Pharma. Raison d'être de l'organisation : concilier innovation et souveraineté sanitaire, en négociant directement avec les pouvoirs publics des conditions plus favorables pour les entreprises qui font l'effort de produire de la valeur sur le territoire national. « Ce n'est pas simplement un nouveau syndicat que nous proposons, c'est une véritable refondation que nous proposons », a estimé Charles Wolf, président d'Initiative Pharma et également directeur général de Sanofi France. Il n'y a pas de souveraineté sans innovation et pas d'innovation sans souveraineté. Les entreprises que nous dirigeons comptent 32 sites et représentent 36 000 emplois en France, soit plus de la moitié des emplois industriels du secteur. Nous investissons chaque année 4 milliards d'euros investis en R&D, ce qui représente 70 % des dépenses. »

Décidé à faire entendre « une voix singulière » dans le monde de la santé, le syndicat entend défendre trois axes de propositions. Il entend d'abord « créer un réflexe de souveraineté sanitaire à chaque stade de l'évaluation des médicaments ». Cela passe par l'évaluation scientifique du médicament, réalisée par la Haute Autorité de Santé, mais également, bien sûr, au moment de la définition du prix avec le CEPS, « qui nécessite absolument de prendre en compte et d'appliquer un critère de majoration lié à la production industrielle, ainsi qu'à l'investissement en R&D, assurés en France. » Initiative Pharma appelle également à ce que les achats hospitaliers « privilégient les fournisseurs européens ». Enfin, les pouvoirs publics doivent agir sur le niveau de la fiscalité, jugée trop lourde, trop complexe, trop instable, et disqualifiant une partie des investissements en raison de son imprévisibilité. Seconde demande, une enveloppe budgétaire dédiée à l'innovation thérapeutique et à la souveraineté doit être initiée dans le cadre de l'ONDAM, dès le prochain PLFSS. Enfin, le syndicat souligne une nécessité déjà réclamée depuis plusieurs années : la mise en œuvre d'une loi de programmation pluri-annuelle, destinée à éclairer la stratégie de santé du pays pour cinq ans. « Cette loi quinquennale permettra d'assurer "visibilité et prévisibilité" aux industriels de la pharma, avec à la clé des investissements potentiels pour attirer en France la conception et la production des thérapies du futur » estime-t-on chez Initiative Pharma.



ÎLE-DE-FRANCE

Une alerte persistante cher les médecins

À l'occasion de la Journée européenne de sensibilisation à la violence contre les médecins et les professionnels de santé, le 12 mars 2026, l'URPS ML a publié des témoignages révélateurs d'un malaise profond. 160 médecins libéraux franciliens ont répondu à l'appel lancé par l'organisation, décrivant un quotidien marqué par des violences multiples. Contrairement aux idées reçues, les agressions ne proviennent pas uniquement des patients : 47 % des médecins identifient ces derniers comme la principale source de violences, mais 39 % évoquent également des violences institutionnelles ou administratives. Les conséquences sont lourdes : 82 % des répondants déclarent un impact sur leur exercice professionnel et 75 % sur leur vie personnelle, avec des répercussions psychiques, émotionnelles et organisationnelles importantes. Ces témoignages font écho aux résultats du dernier Baromètre santé des médecins libéraux franciliens, publiés fin janvier. Parmi les principaux enseignements de cette quatrième édition, 43 % des praticiens se disent en situation de burn-out ou de détresse psychologique. Dans un contexte de surcharge d'activité et de tensions croissantes, ce climat fragilise durablement les conditions d'exercice. Selon l'URPS, la multiplication des violences constitue un risque direct pour l'accès aux soins. « Chaque agression peut entraîner une réduction, voire un arrêt d'activité, dans une région déjà sous tension démographique », souligne l'organisation, qui réclame des réponses concrètes et coordonnées.

CENTRE-VAL DE LOIRE

Les SAS montent en puissance

Déployés dans les six départements de la région depuis juillet dernier, les Services d'accès aux soins se sont durablement installés dans le paysage sanitaire du Centre-Val de Loire. Le dernier bilan annuel publié par l'URPS ML met en évidence la montée en charge rapide de ce dispositif, conçu pour améliorer l'accès aux soins urgents et non programmés. En 2025, les SAS ont traité 151 040 dossiers de régulation médicale, soit en moyenne 109 patients orientés chaque jour et par département. Leur mission ? Apporter, en journée, une réponse médicale aux patients sans médecin traitant ou confrontés à une indisponibilité, dans un délai compris entre vingt-quatre et quarante-huit heures. Les orientations témoignent d'une prise en charge majoritairement organisée en ville. Près de 43 % des appels ont débouché sur un conseil médical, tandis que 33 % se sont traduits par une consultation de soins non programmés chez un médecin libéral. À l'inverse, seuls 7 % des dossiers ont nécessité une réorientation vers les urgences hospitalières, contribuant ainsi à limiter leur engorgement. Cette efficacité démontrée repose sur l'engagement volontaire des médecins libéraux : 94 médecins régulateurs et plus de 700 médecins effecteurs ont participé au dispositif en 2025. Dans un contexte de forte tension démographique, le bilan régional confirme que les SAS constituent désormais un outil structurant de la coordination des parcours et de l'accès aux soins de proximité.

PAYS DE LA LOIRE

Un nouvel outil de prévention en consultation

Dans les Pays de la Loire, l'ordonnance verte s'impose progressivement comme un levier original de prévention en santé environnementale. Porté par l'URML, le dispositif vise à réduire l'exposition des femmes enceintes aux perturbateurs endocriniens et aux pesticides, en ciblant une période clé, celle des 1 000 premiers jours de vie, déterminante pour la santé future de l'enfant. Concrètement, médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes peuvent prescrire une « ordonnance verte », qui permet aux patientes de bénéficier de paniers de légumes bio et locaux, partiellement financés par les collectivités territoriales. Cette prescription s'accompagne d'actions de sensibilisation, comme des ateliers d'information sur les risques environnementaux, des conseils nutritionnels ou des cours de cuisine, afin d'ancrer durablement de nouvelles habitudes. Déjà expérimentée avec succès au nord d'Angers, l'ordonnance verte concerne plusieurs dizaines de femmes enceintes sur les territoires pilotes. Le dispositif doit s'étendre dans les prochains mois, notamment en Loire-Atlantique et dans la Sarthe, selon une logique de déploiement progressif et partenarial, associant professionnels de santé, acteurs agricoles et collectivités locales. Facile à mobiliser en consultation, l'ordonnance verte illustre une évolution des pratiques de prévention qui intègre pleinement les déterminants environnementaux de santé.



Mon espace santé : un défi opérationnel pour la médecine de ville

Mon espace santé est le pilier central de la stratégie de transformation numérique du système de santé. Quatre ans après son lancement, son ancrage dans les pratiques médicales demeure très largement perfectible. Explications.

UNE AMBITION PARTAGÉE

Lancé par le ministère de la Santé et l'Assurance Maladie en février 2022, Mon espace santé est le carnet de santé numérique des Français. Il succède au Dossier Médical Partagé, dont l'adoption était marginale. Pierre angulaire de la modernisation du système de soins et du virage numérique des parcours, ce service public permet de centraliser, dans un espace sécurisé, les principales informations médicales des patients : résultats des examens, comptes rendus, ordonnances ou informations de prévention. Selon les pouvoirs publics, Mon espace santé doit améliorer la coordination entre professionnels, renforcer la continuité du suivi médical et limiter les examens inutiles. Il doit également permettre de mieux associer les patients, en leur donnant notamment un accès direct aux données qui les concernent et un meilleur contrôle sur leur partage.

UNE PLATEFORME MULTIFONCTIONNELLE

Mon espace santé est accessible via un site internet ou une application mobile sécurisée. La majorité des assurés dispose de leur propre compte, automatiquement créé, que ces derniers peuvent néanmoins activer ou fermer. Cet espace numérique repose sur plusieurs fonctionnalités complémentaires : un dossier médical qui centralise les documents de santé, une messagerie sécurisée pour les échanges entre patients et professionnels, un profil médical regroupant certaines informations clés et un catalogue contenant

des applications de santé référencées. Les médecins et les établissements peuvent déposer directement des documents dans le dossier du patient. Le déploiement progressif et les évolutions de cette plateforme multifonctionnelle s'inscrivent dans le cadre du Ségur numérique en santé, qui a permis de financer les équipements et les adaptations logicielles nécessaires pour faciliter son alimentation et son intégration dans la pratique médicale courante.

UN RÉFLEXE INABOUTI

Pour les médecins libéraux, le principal intérêt de Mon espace santé réside dans son accès centralisé aux historiques médicaux des patients. La disponibilité des comptes rendus hospitaliers, des résultats d'examens ou des ordonnances peut optimiser le suivi des usagers, fluidifier la coopération entre les différents acteurs du parcours de soins et réduire les prescriptions redondantes. L'appropriation du dispositif demeure toutefois inégale. De nombreux praticiens déplorent une interopérabilité limitée, une ergonomie perfectible ou un manque de fluidité. L'alimentation du dossier est parfois vécue comme une contrainte administrative supplémentaire, dans un contexte marqué par la raréfaction du temps médical. La bonne utilisation du service par les patients est également très variable, ce qui en réduit inévitablement la portée, notamment en situation clinique. Quatre ans après son lancement, Mon espace santé souffre toujours du décalage entre les promesses et les usages.

LE CHIFFRE-CLÉ

420 millions

C'est le nombre de documents médicaux – ordonnances, comptes rendus, analyses biologiques – qui ont été déposés dans Mon espace santé en 2025. Plus de 150 000 professionnels libéraux, dont deux tiers des médecins de ville et la quasi-totalité des établissements de santé, y ont contribué.

LE FAIT MARQUANT

Un virage décisif

Après une phase de généralisation massive, Mon espace santé entre désormais dans une nouvelle étape, davantage orientée vers la prévention et la personnalisation des parcours, avec des rappels de dépistage et de vaccination, des notifications ciblées, et des parcours dédiés aux femmes enceintes, aux enfants ou aux malades chroniques. Entre consolidation et nouvelles ambitions, ces évolutions posent des enjeux majeurs pour la médecine libérale. La montée en puissance des outils de suivi personnalisé, fondée sur les données, voire l'intelligence artificielle, interroge la place du médecin dans la gouvernance des parcours numériques. Sans intégration fluide aux logiciels métiers ni clarification des responsabilités médico-légales, le risque de transformer un outil de coordination en contrainte supplémentaire inquiète les praticiens. La réussite de cette nouvelle phase dépendra donc moins des fonctionnalités annoncées que de leur appropriation effective par les professionnels, dans le respect du temps médical et de l'autonomie clinique.

Facturation électronique : une réforme fiscale... aux effets bien réels

Pensée comme un outil de modernisation fiscale et de lutte contre la fraude, la réforme de la facturation électronique ne vise pas directement les médecins libéraux. Elle ne sera pourtant pas sans conséquences pour les cabinets, notamment sur les plans administratif et comptable.

UNE DISTINCTION ESSENTIELLE

Pilotée par la Direction Générale des Finances Publiques, la réforme de la facturation électronique repose sur une logique fiscale et administrative. Elle cible prioritairement les échanges entre entreprises assujetties à la TVA, avec un double objectif : automatiser les processus comptables et renforcer la lutte contre la fraude. Les professions de santé ne sont donc pas explicitement visées, mais les médecins libéraux n'en sont pas totalement exclus. Bien que leurs actes soient exonérés de TVA, ils sont juridiquement considérés comme des « assujettis non redevables », ce qui les intègre au périmètre général de la réforme. Si l'acte médical n'est pas concerné par l'obligation de facturation électronique, l'environnement administratif, lui, va évoluer. Il ne s'agit ni d'une remise en cause de la relation médecin-patient ni des circuits de facturation des soins, mais d'une réforme transversale aux effets indirects sur la gestion quotidienne des cabinets.

CE QUI CHANGE DÈS SEPTEMBRE

Le principal changement interviendra le 1^{er} septembre prochain. À compter de cette date, tous les professionnels, y compris les médecins libéraux, devront être en mesure de recevoir des factures électroniques émises par leurs fournisseurs. Les factures de matériel médical, de logiciels, de téléphonie, d'assurances, de prestations de services ou de loyers ne seront plus transmises sous forme de simples PDF par courriel : elles transiteront par des plateformes de dématérialisation agréées par l'État. En revanche, rien ne change pour les consultations et les soins. Les actes médicaux continueront de suivre les circuits habituels : feuilles de soins, télértransmission SESAM Vitale, tiers payant. Aucune facture électronique ne sera exigée pour chaque consultation. Expertises médicales, formations, médecine esthétique, prestations facturées à des entreprises soumises à la TVA... Certaines situations spécifiques peuvent toutefois entrer dans le champ de la réforme. Pour l'immense majorité des cabinets, l'enjeu central reste donc la réception des factures fournisseurs.

UNE TRANSITION LARGEMENT AUTOMATISÉE

Dans la pratique, l'adaptation à la réforme devrait être progressive et souvent peu visible pour les médecins libéraux. Les évolutions passeront principalement par les outils existants que sont les logiciels médicaux, les solutions de gestion et les cabinets comptables. Les éditeurs intègrent déjà les fonctionnalités nécessaires à la réception des factures élec-

troniques, à leur archivage réglementaire et à la transmission automatisée des données fiscales. La réforme s'inscrit dans une continuité bien connue des médecins, celle de la télértransmission SESAM Vitale, avec des flux largement automatisés, fonctionnant en arrière-plan. Elle modifie aussi les pratiques comptables, avec une réduction de la saisie manuelle au profit d'une intégration plus directe des données. Pour les cabinets, cela implique surtout une réorganisation des flux administratifs : consultation des factures dans un espace numérique dédié, validation, archivage et transmission à l'expert-comptable. Cette transition sera d'autant plus fluide qu'elle est anticipée, en lien avec l'éditeur du logiciel et le cabinet comptable.

UNE CONTRAINTE... MAÎTRISABLE

Comme toute réforme, la facturation électronique peut susciter des interrogations, qui portent essentiellement sur la phase de transition, la dépendance accrue aux outils numériques ou les coûts éventuels de mise à jour, notamment au démarrage. Bien préparée, elle peut néanmoins devenir un levier de simplification administrative. Réception automatisée des factures, réduction du papier, meilleure traçabilité des dépenses et échanges plus fluides avec l'expert-comptable pourraient, à terme, alléger la charge du cabinet. Les recommandations sont simples : vérifier la compatibilité de son logiciel, identifier d'éventuelles activités soumises à la TVA et échanger en amont avec son expert-comptable. Pour les médecins libéraux, la réforme est avant tout administrative, sans impact direct sur l'acte médical. Anticipée et accompagnée, elle participe davantage d'une logique de modernisation que de contrainte.



LA MÉDICALE
accompagne plus de
1 médecin sur 3¹ :
c'est rassurant,
non ?



MÉDECINS

Si la réussite est une question d'assurance, optez pour La Médicale

Votre **vie professionnelle**
et votre **vie privée** méritent
la meilleure des protections.

Votre agent général **se déplace à votre domicile**
ou sur **votre lieu de travail** pour vous faire
gagner un temps précieux.

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



N°Cristal 0 969 32 4000

APPEL NON SURTAXE



lamedicale.fr

¹ Le taux de pénétration auprès des professions libérales de santé est de 39,3 % au 30/09/2025. Source : ce taux correspond au rapport entre le nombre de professionnels de santé ayant souscrit à une offre d'assurance du marché de La Médicale et le nombre total des professionnels de santé en exercice, estimé à partir des données figurant sur le site annuaire.sante.fr.

La Médicale est une marque de Generali.

Document publicitaire.

L'Équité - Société Anonyme au capital de 69 213 760 €, 572 084 697 RCS Paris, entreprise régie par le Code des assurances.

N° d'identification unique ADEME FR232327_01NBYI. Siège social : 89 rue Taitbout, 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

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

LM001LMAPA - LM - Janvier 2026 - Image générée par l'intelligence artificielle - 109 L'Agence.



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