



Hôpital :

Six milliards de plus... la réforme plus tard !

Rencontre

Anne Moyal

Enseignante-chercheuse à l'École
des Hautes Études en Santé Publique

Brèves Personnalités

Amélie de Montchalin

Hugo Gilardi

Louis Boyer

Pascal Meyvaert

Pratique

Consultation longue :

un levier sous contraintes

Faire simple, c'est pas compliqué !

Dossier médical

IA

Aide à la prescription

Facturation

Agenda

Téléconsultation

**Maiia Médecin, la solution
100% web pensée pour le
quotidien des médecins.**



Hébergeur
Agrée
Données de
Santé

100%
WEB

Maiia
Médecin



www.cegedim-sante.com/maiia-medecin

Avenant 1 : une politique de pertinence nécessite du discernement

La Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) prend acte du premier pas engagé par la CNAM dans le cadre des négociations de l'avenant n° 1 à la convention médicale vers une meilleure prise en compte de la pertinence des soins et des examens.

Depuis des années, la CSMF défend une évolution de notre système de santé fondée sur la qualité, la pertinence et la prévention plutôt que sur des logiques purement comptables et des baisses tarifaires répétées. Voir enfin la pertinence entrer dans le champ conventionnel constitue donc un signal positif.

Mais cette avancée reste aujourd'hui contradictoire dans sa philosophie comme dans sa méthode. La CNAM associe cette démarche à de nouvelles baisses tarifaires en imagerie, touchant de plein fouet les radiologues, les médecins vasculaires et les cardiologues. Cette logique est contraire à une démarche de pertinence. La CSMF soutient pleinement les positions défendues par les radiologues, les médecins vasculaires et les cardiologues. Elles démontrent que les économies déjà réalisées dépassent très largement les objectifs initialement fixés par le législateur. Dans ces conditions, poursuivre les baisses tarifaires n'aurait plus de justification économique mais traduirait une vision exclusivement budgétaire de la régulation.

Partout dans le monde, les politiques de pertinence et de qualité reposent sur l'adhésion des professionnels et sur des mécanismes d'incitation. On ne construit pas une médecine de la pertinence par la sanction permanente ni par des coups de rabot successifs.

La pertinence suppose du discernement, de la sagesse, du temps, des outils, des référentiels partagés, de la pédagogie et surtout une confiance réciproque.

C'est pourquoi la CSMF appelle la CNAM à instaurer immédiatement un moratoire sur les nouvelles baisses tarifaires prévues en imagerie afin de laisser aux médecins le temps nécessaire pour proposer une démarche de pertinence et construire, dans un cadre conventionnel équilibré, des solutions durables conciliant qualité des soins, soutenabilité financière et accès aux soins.

Nous sommes prêts à nous engager dans une politique de pertinence, mais pas dans l'imposture d'un habillage technocratique d'économies imposées.

Dr Franck Devulder,
Président de la CSMF

4 | Rencontre

Anne Moyal, enseignante-chercheuse à l'École des Hautes Études en Santé Publique

7 | Brèves Personnalités

4 personnalités

Soignants : un plan pour leur santé

Arboviroses : Mobilisation en Métropole

En chiffre

8 | Dossier

Hôpital : Six milliards de plus... la réforme plus tard !

14 | Société Santé

Accès aux droits : le maillon faible du parcours de soins

Vaccination antigrippale : l'Académie pousse l'obligation vaccinale

Intelligence artificielle : une performance qui questionne le raisonnement clinique

16 | Coordination Santé

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

17 | à Quoi ça sert ?

Health Data Hub : le pari français de la donnée

18 | Pratique

Consultation longue : un levier sous contraintes

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 • Couverture Image générée par l'intelligence artificielle • 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 Avril 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.

Anne Moyal,
enseignante-chercheuse à l'École
des Hautes Études en Santé Publique

« Les MSP transforment durablement l'exercice de la médecine générale »

Enseignante-chercheuse à l'EHESP et chercheuse associée au Centre de sociologie des organisations (Sciences-Po), elle vient de publier un livre issu de sa thèse de sociologie. Elle s'y intéresse aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), en analysant plus spécifiquement six d'entre elles. Elle estime que ces structures, bien qu'encore minoritaires, sont appelées à modifier en profondeur les conditions d'exercice de la médecine générale.

VOUS VENEZ DE PUBLIER UN LIVRE, « RÉGULER SANS CONTRAINDRE – L'ÉTAT ET LES MÉDECINS FACE AUX DÉSERTS MÉDICAUX ». QUELLE EN EST L'INTENTION ÉDITORIALE ?

Ce livre est issu de la thèse de sociologie que j'ai réalisée au Centre de sociologie des organisations, qui dépend du CNRS et de Sciences-Po Paris. J'ai, bien sûr, actualisé le propos, à la lumière des récentes propositions portées par des parlementaires qui visent à restreindre la liberté d'installation des médecins. Celles-ci sont la manifestation d'un débat qui occupe l'agenda politique et médiatique depuis quelques années : comment agir pour mieux répartir l'offre de soins et répondre au défi des déserts médicaux ? Peut-on réguler cette offre sans contraindre les médecins généralistes ? Et comment les médecins peuvent-ils « réenchanter » leur exercice tout en répondant aux enjeux d'accès aux soins ? Le sommet de l'État continue de s'opposer à la coercition à l'installation pour les médecins, alors même que des systèmes de régulation existent pour d'autres professions de santé libérales. De leur côté, les médecins sont profondément attachés à leur liberté d'exercice. Ils invoquent le fait que la contrainte à l'installation serait pire que le mal, en détournant davantage les nouvelles générations de l'exercice libéral.

DANS VOTRE OUVRAGE, VOUS VOUS ATTACHEZ À DÉMONTRER LE RÔLE-CLÉ DES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES. EN QUOI PEUVENT-ELLES CONTRIBUER À AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ?

J'ai en effet pris le parti de me pencher sur le développement de ces structures de soins collectives, fondées sur la pluriprofessionnalité et la coordination des interventions autour des patients. Ces structures sont près de 3 000 aujourd'hui, maillant tout le territoire national. Lancées il y a plus de trente ans, par quelques médecins généralistes pionniers qui ont souhaité promouvoir une nouvelle forme d'exercice avec des paramédicaux, elles ont été rapidement soutenues par les pouvoirs publics, dès le milieu des années 2000. Elles sont en effet identifiées comme susceptibles d'attirer les jeunes médecins généralistes, tendanciellement intéressés par l'exercice collectif, mais également de faciliter les transferts de tâches des médecins vers d'autres professionnels. Ce soutien s'explique également par un changement progressif du rôle de l'État et de l'Assurance Maladie, passant d'une logique de planification et de financement à une logique d'incitation et d'accompagnement des initiatives des acteurs de terrain.

VOUS EXPLIQUEZ ÉGALEMENT QU'ELLES TRANSFORMENT PROFONDÉMENT L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE, TOUT EN PRÉSERVANT LEUR PLACE PRÉÉMINENTE DANS L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES ?

Oui, j'observe que ce modèle d'exercice ne remet pas en cause leur position dominante dans la hiérarchie des professions de santé. En dépit de la coordination pluriprofessionnelle incitée dans ces structures, (via la protocolisation de certaines prises en charge, la concertation autour de cas de patients et le partage d'informations), les médecins généralistes restent les chefs d'orchestre de la stratégie thérapeutique. Je soulignerai en revanche une évolution notable qui interroge l'avenir. Avec le déploiement des dispositifs de soutien public, à l'instar de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, les médecins des MSP doivent accepter de passer contrat avec les CPAM et les ARS, et de s'engager à respecter certaines obligations (en matière d'accès aux soins et de coordination, mais aussi de santé publique). Le cadre d'exercice se transforme, donc, passant à un modèle « libéral sous contrainte », dans lequel les praticiens deviennent « redevables » vis-à-vis des tutelles et doivent, au final, consentir à renoncer à une part de leur autonomie professionnelle. Certains médecins rencontrés ironisent même sur leur statut de « fonctionnaires déguisés », bien qu'ils conservent leur statut libéral, je le rappelle. Apparaît dès lors un risque de « bureaucratisation » de la médecine générale. Or, les nouvelles générations, qui n'auront pas participé à l'élaboration du modèle des MSP, contrairement aux pionniers que j'évoquais tout à l'heure, pourraient avoir des difficultés à l'accepter.

EN FIN D'OUVRAGE, VOUS ÉVOQUEZ UN AUTRE RISQUE, CELUI DE LA FINANCIARISATION. LES MSP POURRAIENT-ELLES DEVENIR LES « CHEVAUX DE TROIE » DES GROUPES D'INVESTISSEURS EXTÉRIEURS À LA SANTÉ ?

C'est une hypothèse à prendre au sérieux. Pour le moment, ces nouveaux acteurs investissent dans les secteurs jugés les plus rentables, comme l'hospitalisation privée, la biologie, la radiologie, l'ophtalmologie ou la santé dentaire. Cependant, l'Assurance Maladie considère les soins primaires comme « le prochain terrain de la financiarisation » dans son rapport « Charges et produits » de 2023. Et le mouvement est déjà en cours, avec des cliniques privées et des fonds d'investissement qui prennent des parts dans des centres de santé salariés, certains cabinets de médecine générale et des centres de soins non programmés. Sans remettre en cause par principe cette tendance – certains médecins peuvent en attendre de meilleures conditions de travail – on peut cependant se questionner sur ses effets, à la fois en termes d'autonomie professionnelle et d'accès aux soins. Le modèle de valeur de ces investisseurs repose essentiellement sur la concentration de l'offre et la rationalisation des coûts. Or, comment cette logique financière peut-elle s'articuler avec les logiques étatique et professionnelle, dont l'enjeu souverain reste de garantir des soins de proximité à l'ensemble des Français ?





Amélie de Montchalin

Présidente de la Cour des Comptes

À l'occasion du premier rapport annuel de la Cour sur la Sécurité Sociale sous sa présidence, Amélie de Montchalin a alerté sur une nouvelle dégradation des comptes. Le déficit prévisionnel pour 2026 devrait être relevé de 4 milliards d'euros, soit 23 milliards d'euros prévus, en raison notamment des effets de la crise au Moyen-Orient. Dans la santé, l'institution, qui présente un plan de 10 milliards d'euros d'économies et de recettes, recommande notamment de relever les « participations forfaitaires » et les « franchises » des patients. Elle préconise également d'agir sur le transport sanitaire, dont la couverture, en France, « *va au-delà de la situation constatée dans les pays comparables* ». De même, la Cour suggère de « réexaminer » les cas de prise en charge maximale (avec exonération de ticket modérateur) pour les personnes ayant une Affection de Longue Durée (ALD) reconnue. Enfin, elle prône de s'attaquer aux « hospitalisations évitables ou inadéquates », dont le coût est estimé à 4,2 milliards d'euros.



Hugo Gilardi

Directeur de la DGOS

Le 29 avril dernier, il a été nommé en Conseil des ministres en tant que directeur de la Direction Générale de l'Offre de Soins, en remplacement de Marie Daudé, qui a rejoint Emmanuel Grégoire à la Mairie de Paris. Prenant officiellement son poste le 18 mai dernier, cet énarque, diplômé de l'École des Hautes Études en Santé Publique, dirigeait depuis 2022 l'ARS des Hauts-de-France. Il a déjà travaillé à la DGOS en tant que chef du bureau (coopérations et contractualisations), puis en charge de l'efficience des établissements. Il a également été conseiller technique santé de Jean Castex à Matignon. Son arrivée à la tête d'une administration-clé du système de santé coïncide avec le nouveau plan d'investissement de 6 milliards d'euros annoncés, et qui imposera notamment de revoir l'instruction des projets envisagés depuis cinq ans.

SOIGNANTS

Un plan pour leur santé

Le 22 mai, la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, a présenté son plan pour la santé des soignants. Une initiative portée sur la base d'un diagnostic préoccupant : selon une enquête, 46 % d'entre eux avaient déclaré être tombés malades dans les trois mois précédents, contre 27 % en moyenne pour les autres salariés. Et 54 % se disent insatisfaits de leur équilibre vie professionnelle/vie personnelle. Treize mesures sont ainsi proposées dans ce plan, dont un portail commun d'informations, un n° d'appel unique, un module dédié à la gestion de sa santé dans les formations initiale et continue, des « minutes prévention » dans les structures, un label 3S (Santé et Soins des Soignants) pour distinguer les projets, la réalisation d'un bilan périodique. Plus qu'une réelle nouveauté, ce plan vise à mieux structurer des mesures déjà existantes. Et

certaines acteurs du secteur se posent d'ores et déjà la question de sa portée, alors qu'il n'est pas prévu de dédier des financements à ce plan.

ARBOVIROSES

Mobilisation en Métropole

La Direction Générale de la Santé (DGS) a relevé d'un cran le dispositif de surveillance des arboviroses en France métropolitaine. Désormais, les médecins sont invités à prescrire un test de dépistage dengue, Zika ou chikungunya devant tout syndrome fébrile et douloureux inexpliqué, même en l'absence de voyage en zone d'endémie. L'an dernier, ce dépistage n'était recommandé qu'en cas de retour récent d'une zone à risque ou de contact avec un cas confirmé.



Louis Boyer

Président du CNP de radiologie

Le CNP de radiologie, qui regroupe les syndicats et les sociétés savantes de la spécialité (le G4), exprime dans un communiqué sa désapprobation face aux intentions affichées par le gouvernement et l'Assurance Maladie pour la profession. « *La radiologie ne peut être considérée sous le seul prisme d'économies financières massives, estiment ses auteurs. Une telle approche fait peser un risque réel de dégradation de l'accès aux soins, de la qualité des prises en charge et des capacités de prévention pour l'ensemble de la population.* » Le Conseil National Professionnel de la radiologie, qui souhaite ouvrir le dialogue avec les pouvoirs publics, appelle « *à une réflexion globale, fondée sur les besoins de santé de la population, la qualité des soins et l'efficacité réelle du système de santé, plutôt qu'à une approche exclusivement comptable de l'imagerie médicale.* »



Pascal Meyvaert

Président du SMCG-CSMF

Il est le co-signataire d'un communiqué de presse, aux côtés notamment des Généralistes-CSMF, à propos du nouveau nom de baptême des EHPAD. Il faut désormais les appeler les « Maisons France Autonomie ». « *À l'heure où plus de 70 % des EHPAD sont en déficit (chiffres du Sénat en avril 2025), est-ce vraiment la priorité ?, s'interroge-t-il. Changer un acronyme ne constitue pas une politique publique. Derrière cette évolution lexicale, aucune réponse concrète n'est apportée aux difficultés structurelles que rencontrent les établissements. Ni les professionnels, ni les résidents, ni leurs familles ne verront leur situation s'améliorer parce qu'une nouvelle appellation figure sur les documents officiels ou les façades.* » Les acteurs de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie sont toujours dans l'attente de la loi Grand Âge, sans cesse repoussée par les pouvoirs publics depuis près de dix ans.

Ce changement de doctrine s'explique par la présence du moustique-tigre dans 83 départements métropolitains. Les autorités sanitaires craignent que des virus importés infectent les moustiques locaux et génèrent des cas autochtones, dont la survenue « *est très souvent liée à une absence de diagnostic ou une déclaration tardive* », selon la DGS. Environ 500 cas confirmés de dengue et 50 cas de chikungunya importés ont été recensés depuis le début de l'année en France hexagonale.

65 %

C'est la part des patients qui estiment que les médecins prennent moins de temps qu'il y a quelques années pour leur expliquer leurs symptômes, selon une enquête *OpinionWay* pour *Orisha Healthcare*.

57 000

C'est le nombre de signatures recueillies pour demander l'obligation du NutriScore aux entreprises de l'agroalimentaire, portée notamment par le Pr Serge Hercberg.

303 %

C'est la hausse des cas de gonorrhée en Europe depuis 2015, avec 106 331 cas enregistrés en 2024, un niveau record depuis dix ans, selon le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

Chiffres
en



Hôpital Six milliards de plus... la réforme plus tard !

À Santexpo, la ministre de la Santé Stéphanie Rist a annoncé une nouvelle rallonge de six milliards d'euros d'investissements supplémentaires pour le secteur hospitalier. L'aide est conditionnée à des mesures d'efficience. Mais la réforme structurelle d'un secteur « sous perfusion » attendra.

Et six milliards d'euros en plus, donc, qui s'ajoutent aux 16 milliards d'euros programmés dans le cadre du Ségur de la Santé. Ce sont donc au total 22 milliards d'euros qui, sur la période 2022-2035, visent à soutenir 773 projets inscrits dans ce plan, dont seulement 137 sont finalisés. Sur les 16 milliards d'euros engagés, seuls 6 milliards ont été consommés. Il reste donc 12 milliards d'euros à déployer jusqu'en 2035. Afin de justifier la rallonge budgétaire, la Ministre a évoqué la hausse des coûts de construction, la hausse des taux d'intérêt et la fragilisation financière des établissements de santé. « Pour être soutenables, les investissements devront donc être conditionnés à la mise en œuvre de mesures d'efficience, pour que chaque euro d'argent public soit bien utilisé, a-t-elle ajouté. C'est là aussi une responsabilité commune et de partage de la contrainte entre l'État et les acteurs de santé. » Les ARS seront chargés d'instruire les dossiers d'investissement portés par les établissements.

L'IA, UN « LEVIER CENTRAL »

« Pour nous aider, il nous faut donc poursuivre l'ouverture du système hospitalier sur son environnement extérieur », a-t-elle complété, définissant ses quatre priorités pour atteindre cet objectif. Un premier comité stratégique national, regroupant l'ensemble des acteurs, doit se réunir au cours des prochaines semaines. Stéphanie Rist a notamment insisté sur l'importance du développement des activités

complémentaires ou alternatives à l'hospitalisation complète (ambulatoire, hospitalisation à domicile, hébergement temporaire non médicalisé, télé-expertise...), qui doivent, selon elle, s'appuyer sur « le levier central de l'intelligence artificielle ». Autre axe, la démarche de mutualisation doit être accélérée, dix ans après la création des GHT qui sont loin de produire les résultats attendus. « Il faut encourager les dynamiques de groupe, pour mieux coordonner les activités, mutualiser les moyens lorsque cela est pertinent et avoir un pilotage plus intégré de l'offre de soins sur nos territoires », a précisé la Ministre.

AVANCER SUR LA COORDINATION PUBLIC-PRIVÉ

Troisième priorité, le rapprochement Ville-Hôpital passe par deux objectifs-clé : une meilleure réponse des établissements aux demandes de téléexpertise provenant de la médecine de ville, et le développement de modes de tarification au parcours, à l'instar de ceux déployés en dialyse et en radiothérapie, et qui sont censés aboutir au 1^{er} janvier 2027. Mais il reste encore à converger sur les modes de rémunération des médecins en ville et à l'hôpital, ce qui est loin d'être acquis. Enfin, le quatrième axe porte sur l'avenir du secteur privé hospitalier. Une mission IGAS va être engagée, y associant des personnalités qualifiées. L'objectif est de faire un « 360 » sur les finances de l'hospitalisation privée et de déterminer de quelles manières hospitalisations privée et publique peuvent mieux collaborer ensemble.

QUELLE RÉFORME DE FOND ?

Ces nouveaux chantiers, esquissés par Stéphanie Rist, posent un enjeu d'identité qui, pour le moment, n'est pas tranché : à quoi devra servir demain l'offre hospitalière ? Quelle position, dans la chaîne de valeur du soin, entre un premier niveau de proximité qui doit être consolidé en ville en réaffirmant le rôle-clé de la médecine libérale, un second niveau d'expertise qui doit associer la coopération Ville-Hôpital pour garantir la qualité du parcours de soin du patient, et enfin un troisième niveau d'excellence, où les établissements doivent être plus efficaces pour traiter les cas les plus complexes, mais accueillir et déployer les promesses de l'innovation en santé. Enfin, d'autres questions restent à aborder : faut-il persévérer dans

une logique du « tout-hôpital » à l'échelle de l'ensemble des territoires ? Ou bien la carte hospitalière doit-elle être revue de fond en comble, dans l'objectif d'une meilleure efficacité ? Comment réduire, sinon, la suradministration qui épuise les personnels, réduit le temps soignant, accroît la facture budgétaire et complique le quotidien des agents comme des patients qui fréquentent les établissements ? Enfin, comment bien employer les sommes annoncées par le gouvernement ? À défaut d'une vision stratégique de long terme, associée à des réformes courageuses pour recentrer les missions de l'hôpital, le risque est réel d'alimenter, une nouvelle fois, le tonneau de Danaïdes.

Les huit maux chroniques de l'hôpital

Déficit chronique, suradministration, productivité insuffisante, qualité des soins en baisse, difficultés de recrutement... l'hôpital public cumule les mauvaises notes.

UN DÉFICIT BUDGÉTAIRE EN AGGRAVATION

En septembre dernier, un rapport IGF/IGAS tirait la sonnette d'alarme. En 2024, le déficit cumulé des établissements atteignait un niveau jamais atteint, soit 2,9 milliards d'euros. Et la charge n'a cessé de s'alourdir, soit + 1 milliard d'euros par an sur les deux années précédentes. En cause, la croissance irrépressible des charges, liées aux revalorisations salariales (+ 6,3 %) et à l'inflation, ainsi qu'à celle de la charge médicale (+ 30 %), qui n'a pas été compensée par la reprise de l'activité (+ 5,7 % par an). Le rapport pointe la répartition inégale du poids du déficit. Les centres hospitaliers généraux présentent, en moyenne, une situation particulièrement dégradée, notamment parmi les établissements de plus petite dimension. Les CHU s'en sortent mieux, mais là encore, leur situation se fragilise d'année en année. En conclusion, la mission appelait à lancer « sans délai » un plan de consolidation, visant le retour à l'équilibre pour 2029. L'un des axes d'action repose sur la nécessité de cibler « des enjeux d'efficacité à l'échelle des territoires et non plus seulement à celle des établissements », en insistant d'abord sur la mutualisation entre GHT.

“ La nécessité de revoir la politique hospitalière s'impose d'autant plus que la crise, sans action, va inévitablement s'aggraver. ”

UNE CRISE APPELÉE À SE PROLONGER

La nécessité de revoir la politique hospitalière s'impose d'autant plus que la crise, sans action, va inévitablement s'aggraver. Selon la mission IGF/IGAS, « le système hospitalier public va faire face à une hausse de ses besoins de financement évaluée (...) à 3 milliards d'euros par an en moyenne » ces prochaines années, au regard de l'évolution attendue des charges salariales des hôpitaux, de l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, ou encore du vieillissement de la population, de la prévalence des maladies chroniques, ou de l'instauration promise d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé. « Il y a urgence à agir », écrivent-ils. Et les seules mesures de pertinence ne permettraient pas de faire face à la hausse des difficultés budgétaires. Autre enjeu, censé expliquer une partie de l'effort financier annoncé par le gouvernement : les établissements doivent faire face à des défis structurels, pour moderniser le parc immobilier, investir dans l'innovation technologique et thérapeutique et réussir le virage de l'IA.

UN SOUS-FINANCEMENT PAR L'ÉTAT DE L'EFFORT SALARIAL

Parmi les causes régulièrement invoquées, l'IGF et l'IGAS pointent les engagements non tenus de l'État. Face à l'urgence de la crise sanitaire, face à la désaffection croissante des personnels qui ont massivement « fui » l'hôpital, l'État avait convoqué le Ségur de l'hôpital, comprenant

UNE PRODUCTIVITÉ MÉDICALE EN BAISSE

Les effectifs médicaux ont progressé de + 8,7 % à l'échelle nationale entre 2019 et 2023, soit environ + 10 000 ETP. Mais la productivité médicale, qui avait régulièrement progressé jusqu'en 2016, puis s'était stabilisée de 2016 à 2019, a significativement baissé à partir de 2020, sans retrouver depuis son niveau de 2019. Ainsi, le nombre de séjours de MCO rapporté au nombre de médecins seniors, a baissé de 2,2 % entre 2019 et 2023. Le volume économique par médecin a progressé de + 1,8 % par an entre 2014 et 2018, avant de diminuer dans des proportions équivalentes (- 1,8 % par an entre 2019 et 2023), soit une baisse totale de - 9,4 % par rapport à 2018.

UN MAILLAGE TERRITORIAL À REVOIR

Dans son dernier rapport annuel, la Cour des Comptes appelle à revoir le maillage territorial de l'offre de soins hospitalière. Avec 2 380 sites (2023) et un établissement à 43 km maximum pour 75 % des Français, ce maillage est jugé dense, et n'a que peu bougé malgré l'évolution des besoins. Prenant acte de la hausse programmée du vieillissement et des maladies chroniques, la Cour estime que l'exigence croissante de qualité et de sécurité des soins nécessite une concentration des activités. Elle préconise également d'aller plus loin et plus vite dans la gradation de l'offre, en établissant notamment une catégorisation des établissements selon leurs missions. Elle critique enfin le rôle des GHT, qui ne jouent pas leur partition dans une meilleure gestion à l'échelle des territoires. Et elle déplore l'insuffisante coordination avec les soins de proximité, dont l'enjeu de la soutenabilité financière doit être posé.

TRAVAILLER SUR L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DU SOIN À L'HÔPITAL

Après la période Covid, les établissements ont dû faire face à une fuite massive des personnels soignants, en particulier pour les infirmiers et les aides-soignants. Un épisode que rappelle le DG de l'AP-HP, Nicolas Revel, dans une note qu'il vient de publier sur le site du *think-tank* Terra Nova.



« À l'AP-HP, ces départs massifs intervenus entre mi-2021 et mi-2023, ont entraîné une baisse des effectifs infirmiers de 12 %, la fermeture de 20 % des capacités d'hospitalisation et un recul de près de 14 % du nombre des hospitalisations complètes », illustre-t-il. Après un plan d'action massif, la situation s'est améliorée. « Trois années après le creux de la vague, atteint au printemps 2023, nous sommes parvenus à en sortir : les effectifs sont presque entièrement reconstitués, les lits ont rouvert, les hôpitaux ont enfin retrouvé leur niveau de recettes d'activité d'avant 2020 et le moral des équipes se redresse progressivement », se félicite-t-il. Mais l'embellie peut être fragile, alors que les besoins augmentent fortement. Pour y parvenir, il appelle à travailler sur des sujets-clé : le temps disponible, le management hospitalier, les parcours professionnels et les rémunérations.

PADHUE : NON À LA DÉMAGOGIE !

En visite à l'hôpital de Lavelanet (Ariège) début mai, Emmanuel Macron s'est agacé des obstacles administratifs qui empêchent la titularisation des Praticiens Diplômés hors Union Européenne (Padhue), alors que seuls 30 % d'entre eux réussissent le concours requis. « Les Padhue, ce sont des gens remarquables, qui bossent, qui font de la médecine, ils sont à l'hôpital, et le jour où il faut les titulariser, les mecs disent on repart tout de zéro », a-t-il déclaré. L'Élysée a rappelé que la France compte près de 20 000 praticiens formés à l'étranger, dont plus de 70 % diplômés de cinq pays du bassin méditerranéen, l'Algérie représentant à elle seule près de 40 % des effectifs. Une sortie démagogique qui ne doit pas masquer la réalité : une part de ces praticiens, de par leur formation d'origine, n'ont pas le niveau requis pour répondre aux standards du soin dans les hôpitaux français, ce qui explique le fort taux d'échec au concours !

NON-QUALITÉ : UN COÛT À 33 MILLIARDS D'EUROS !

Autre contribution récente, la Cour des Comptes a publié un rapport sévère sur la qualité des soins dans les établissements de santé français, qui accueillent 13 millions de patients par an. La « non-qualité » y est présentée comme un « enjeu majeur ». Le coût de la réparation des préjudices évitables, dont les réhospitalisations après des soins ratés et les indemnisations, est ainsi estimé à plus de 11 milliards d'euros par an. Tandis que les soins « inutiles ou à faible valeur » coûtent chaque année 22 milliards, et les infections nosocomiales, responsables de 4 000 décès annuels, entre 2,2 et 5,2 milliards. Pour y faire face, la Cour préconise de revoir les processus de certification de la HAS, réalisée tous les quatre ans. Elle juge les critères d'évaluation trop centrés sur les « processus hospitaliers » : seulement 10 % évaluent les résultats réels, déplore la Cour, qui suggère de développer de nouveaux indicateurs, comme la survenue d'une septicémie postopératoire, d'un traumatisme du vagin post-accouchement... Elle propose également d'instaurer dès 2027 des sanctions financières contre les établissements ne respectant pas cette obligation.



Olivier Jourdain
président de la CME-HP

Le secteur privé souffre d'un traitement inéquitable

Les rapports s'accumulent, qui décrivent la situation financière catastrophique de l'hôpital. Est-on arrivé au bout d'un système ?

Le secteur hospitalier français vit sans aucun doute une phase critique de son histoire. À force de ne pas être régulé ni organisé pour travailler en coopération avec les autres acteurs de santé, l'hôpital public « consomme » chaque année son enveloppe budgétaire, qui est toujours plus importante, sans jamais parvenir à l'équilibre, ni surtout sans que la qualité et la pertinence des soins soient en progression, comme l'a récemment montré la Cour des Comptes. Les déficits se creusent, les personnels s'épuisent, les capacités d'investissement se réduisent. Il y a clairement un défaut de pilotage du secteur, accru également par un financement qui n'est jamais fléché vers les bonnes priorités. L'une des particularités de notre système hospitalier, c'est la proportion importante des emplois administratifs, l'une des plus élevées des pays de l'OCDE, ce qui s'avère coûteux, peu efficace et pesant pour le quotidien des soignants. Sans revenir à la notion « d'hôpital-entreprise » des années 2000, clairement inappropriée, il faut en revanche simplifier son organisation, rééquilibrer la gouvernance en faveur des soignants et recentrer son activité sur les soins d'excellence.

L'hospitalisation privée est elle-même en grande difficulté. Comment l'expliquer ?

En effet, le secteur, qui a une véritable mission de service public, souffre depuis quelques années d'une situation budgétaire extrêmement préoccupante. 46 % des établissements étaient en déficit en 2025, contre 25 % en 2021. Les pertes nettes s'élevaient à 240 millions d'euros l'an dernier, et la capacité d'autofinancement a chuté de 65 % en cinq ans. C'est la conséquence d'une politique tarifaire inéquitable par rapport au secteur public. En 2024, ils ont augmenté de 0,3 % dans le privé MCO, contre 4,3 % dans le public. À force de tensions budgétaires, le différentiel salarial s'accroît au détriment du privé, estimé à 9,4 % et allant jusqu'à 19 % pour les infirmiers. Et le résultat est là : les professionnels de santé fuient vers le public, ce qui contribue à fragiliser l'offre de soins dans de nombreux territoires. Or, contrairement à

ce que certains le laissent entendre, l'hospitalisation privée, loin de n'être qu'un secteur à but lucratif, est un acteur de premier plan de l'offre de santé dans de nombreux territoires. Elle assure 35 % de l'activité hospitalière, contre 18 % seulement des financements publics. Elle réalise 53 % de la chirurgie, 40 % de l'oncologie et une bonne part des urgences et réanimations. Ne pas soutenir l'hospitalisation privée, c'est réduire l'accès aux soins pour une partie de la population.

Cela veut-il dire que les pouvoirs publics favorisent systématiquement le public au détriment du privé ?

Je le crains, et j'en veux pour preuve les autorisations d'équipement et d'activité qui, ces dernières années, sont systématiquement fléchées vers les établissements

publics, y compris lorsque les structures privées disposent de l'expérience, des talents et des compétences, qui sont des gages d'efficacité et des garanties de qualité pour les populations. Que dire également des doublons d'activité, qui génèrent de la perte d'efficacité, au moment où les comptes sociaux sont dans un tel état de déliquescence ? En somme, on peut affirmer que l'hospitalisation privée alliée à la médecine libérale est la meilleure alliée des comptes publics.

“
À force de tensions budgétaires, le différentiel salarial s'accroît au détriment du privé, estimé à 9,4 % et allant jusqu'à 19 % pour les infirmiers.”

Comment faut-il agir pour préserver l'avenir de l'hospitalisation privée ?

Il faut d'abord agir sur la tarification, en l'alignant sur ce qui est pratiqué dans le public. Nos établissements en ont besoin pour faire face à l'inflation de ces dernières années et aux coûts salariaux. Les dotations populationnelles doivent être plus équitables, de même que la rétribution des missions de service public (urgences, anesthésie, obstétrique). C'est également un facteur-clé pour attirer du personnel soignant. Il faut par ailleurs respecter la liberté d'exercice de la médecine libérale. La pratique des honoraires libres est le seul moyen pour les praticiens libéraux de pouvoir continuer à exercer. De plus, le modèle économique de certaines spécialités est totalement obsolète et dissuasif pour les établissements comme pour les praticiens, notamment dans des secteurs fortement en tension comme la maternité-santé de la femme et les urgences. Il faut donc le revoir rapidement. Des fermetures commencent déjà à fortement assombrir l'offre de soins et d'autres s'annoncent avant 2027.



Stanislas Chaussade

gastro-entérologue, président de la CME de la Clinique de l'Alma

La productivité et la qualité sont en baisse à l'hôpital public

Vous avez exercé durant 35 ans à l'AP-HP, avant de rejoindre le privé récemment. Quel regard portez-vous sur l'hôpital public ?

J'y ai en effet accompli toute ma carrière, devenant professeur, puis chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Cochin (AP-HP). J'ai également présidé la CME de l'hôpital et enseigné l'hépatogastro-entérologie à l'Université Paris-Cité. Et j'ai donc rejoint fin 2024 le privé, à la Clinique de l'Alma, où j'ai même accepté en mars dernier de reprendre du service en tant que président de la CME. Durant mes trois décennies d'exercice, je dirais que la situation a beaucoup évolué, en particulier sur le plan des mentalités. Il y a 30 ans, les médecins et l'ensemble des soignants travaillaient énormément, avec de fortes convictions et un sens aigu du service public. Tout n'allait pas de soi, bien sûr, mais l'hôpital tenait bon, répondant pleinement à ses missions d'intérêt général, au service des patients avec des convictions fortes sur leur mission de service public. Puis, peu à peu, les choses se sont dégradées. La qualité des soins dans le service public a baissé, de même que la quantité de travail fourni et le degré de service rendu. L'accumulation des règles et normes ainsi qu'une administration de plus en plus puissante et nombreuse y ont contribué, compliquant la vie professionnelle au quotidien des soignants. Le rôle des médecins de même que leur motivation n'a cessé de diminuer, et en premier lieu dans les hôpitaux généraux, qui ont été les premières victimes de cette perte d'attractivité, aggravée par une démographie médicale défavorable. Enfin, la perte d'attractivité du secteur hospitalier a obligé une partie de ces établissements à recruter des médecins à diplôme étranger avec des statuts précaires, avec des niveaux de compétence très variables, cela participe à la baisse de qualité. Les CHU, de par leurs missions de recherche et de formation, ont mieux résisté mais pour combien de temps ? Aujourd'hui, le bilan de l'hôpital public est clairement très préoccupant, avec une activité stable alors que les effectifs médicaux n'ont cessé d'augmenter.

“ Le rôle des médecins de même que leur motivation n'a cessé de diminuer, et en premier lieu dans les hôpitaux généraux, qui ont été les premières victimes de cette perte d'attractivité, aggravée par une démographie médicale défavorable. ”

L'évolution que vous décrivez est-elle la conséquence d'un défaut de pilotage de la politique hospitalière ?

Je dirais que plusieurs phénomènes ont contribué à ce lent déclin. La nécessaire gestion de l'hôpital, que je ne conteste pas, a généré une suradministration, sans produire l'efficacité attendue. À défaut d'une gouvernance claire et lisible, partagée avec l'ensemble des personnels sur la base d'objectifs communs, il y a eu une forme de mélange des genres à tous les niveaux. C'est le cas pour la formation et la recherche, par exemple, où on estime que tout le monde doit et peut tout faire. Par ailleurs, il y a un problème d'efficacité croissant. Au niveau de l'AP-HP, si on compare le niveau d'activité entre 2019 et 2025 qui est resté comparable, on s'aperçoit que les effectifs médicaux (en équivalent temps plein) ont augmenté de 10 %, passant de 7 000 à 7 700 ETP. Cela veut dire que la productivité a chuté : comme je l'ai dit, c'est le signe

d'une moindre quantité de travail. Ainsi dans Paris intra muros où le nombre de gastro-entérologues a diminué dans le secteur libéral, le délai des consultations a augmenté. Dans le secteur public, où le nombre de gastro-entérologues a augmenté, le délai des consultations a aussi augmenté, ce qui pose problème. On entend dire qu'il n'y a pas assez de lits dans les hôpitaux publics, qu'on en ferme trop... Ceci est faux de façon globale car les besoins de lits en chirurgie ont beaucoup diminué mais en réalité les taux d'occupation ne sont pas optimisés ou les regroupements d'activité n'ont pas été fait alors que d'un autre côté, les besoins pour l'aval des urgences (gériatrie...) ne sont pas satisfaits.

Que faudrait-il faire, selon vous, pour améliorer la situation ?

Sans doute pourrait-on s'inspirer d'autres modèles, comme au Québec par exemple. Le système de sécurité sociale est comparable au nôtre, basé sur la solidarité. À l'hôpital public, les médecins sont payés à l'acte, avec de bons revenus. Les modalités d'évaluation des pratiques sont particulièrement exigeantes. Cela les incite à travailler davantage. Pour moi, le salariat à vie des médecins dans la fonction hospitalière, avec une grille de salaire progressant à l'ancienneté, est un facteur de déresponsabilisations et de démotivations des plus courageux. Il faut, d'une façon ou d'une autre, introduire une rémunération à l'activité, qui soit incitative, encadrée et évaluée.



Notre raison d'être :

« *Transformer des vies de générations en générations* »

Répartis sur 9 sites, les 2 500 collaborateurs de Boehringer Ingelheim en France sont engagés sur l'ensemble de la chaîne de valeur pharmaceutique, pour découvrir, produire et mettre à disposition des solutions innovantes en santé humaine et en santé animale.

Accès aux droits : le maillon faible du parcours de soins

L'accès aux soins ne se limite pas à la seule offre médicale, mais repose sur un préalable encore trop souvent négligé : l'accès effectif aux droits. Or, sur le terrain, ce maillon demeure fragile. Selon le baromètre annuel de France Assos Santé, les Français déclarent mieux connaître leurs droits, mais cette progression masque de fortes lacunes. Un tiers ignorent qu'ils peuvent refuser un traitement, et 38 % n'ont jamais entendu parler des dispositifs de recours en cas d'accident médical. Plus largement, 61 % méconnaissent la possibilité d'être représentés par des usagers au sein des établissements. Autre frein majeur : quatre personnes sur dix déclarent avoir rencontré des difficultés pour consulter au cours des douze derniers mois, avec des délais trop longs pour 30 % et des refus de prise en charge pour 25 %. À ces obstacles s'ajoutent des freins financiers : 43 % des patients font face à des dépassements d'honoraires, entraînant, dans 47 % des cas, des retards de prise en charge, des arbitrages budgétaires ou des renoncements aux soins. Ces fragilités concernent aussi les médecins libéraux. Dans les cabinets libéraux, elles se traduisent par des consultations différées, des suivis interrompus et des renoncements, faute de couverture adaptée. Le médecin de premier recours doit composer avec une « zone grise » médico-sociale et consacre un temps non valorisé à informer, orienter et relancer, au détriment du suivi clinique. Une réalité silencieuse, qui interroge directement l'efficacité et l'équité du parcours de soins.

Vaccination antigrippale : l'Académie pousse l'obligation vaccinale

La vaccination antigrippale des soignants revient sur le devant de la scène. Dans un avis publié début mai, l'Académie nationale de médecine préconise de la rendre obligatoire pour tous les professionnels de santé. Les données avancées sont préoccupantes : environ 20 % des soignants sont actuellement vaccinés contre la grippe. Un niveau jugé insuffisant au regard des risques de transmission nosocomiale. La problématique revêt aussi une dimension économique : chaque saison grippale représente entre un et deux milliards d'euros de coûts pour la collectivité, alors que la vaccination de près de deux millions de professionnels coûterait entre vingt et trente millions d'euros. Au-delà de ces chiffres, c'est l'organisation des soins qui est affectée. L'absentéisme des soignants malades, conjugué aux chaînes de transmission au sein des structures, fragilise des organisations de soins déjà sous tension. L'argument de la responsabilité vis-à-vis des patients, notamment les plus vulnérables, est au cœur de la position académique. Mais le sujet demeure sensible : faut-il contraindre pour protéger, et où placer le curseur entre liberté individuelle et devoir professionnel ? Pour les médecins libéraux, la question soulève des enjeux spécifiques. Dans l'attente d'un avis tranché de la Haute Autorité de Santé, le débat pourrait rapidement prendre une tournure politique et législative. Au-delà de la grippe saisonnière, c'est la place de la prévention dans les obligations professionnelles qui est interrogée.

Intelligence artificielle : une performance qui questionne le raisonnement clinique



Des modèles d'intelligence artificielle égalent, voire dépassent, les performances humaines sur des tâches complexes de raisonnement clinique. Ce constat s'appuie notamment sur les résultats d'une étude publiée début mai dans la revue *Science*, menée par une équipe pluridisciplinaire pilotée par des chercheurs de Harvard, Stanford et du Beth Israel Deaconess Medical Center. En conditions réelles aux urgences, leurs travaux montrent qu'une IA identifie un diagnostic exact ou pertinent dès le triage dans 67,1 % des cas, contre 50 à 55 % pour les praticiens. Sur d'autres séries, les performances atteignent 78,3 % de diagnostic exact, et même 97,9 % en incluant les hypothèses pertinentes. Des statistiques qui confirment une accélération rapide des capacités des modèles, sans pour autant acter la disparition du médecin. En médecine de ville, les applications potentielles sont nombreuses – aide au diagnostic, tri des demandes, anticipation des flux de consultation – mais les incertitudes sont majeures, notamment en matière de fiabilité des outils, de responsabilité en cas d'erreur ou de compréhension par les patients. Au fond, le défi est moins technologique que professionnel. Comment intégrer l'intelligence artificielle sans diluer la responsabilité médicale ? Pour les médecins libéraux, la mutation est déjà en cours : il ne s'agit plus d'anticiper, mais d'apprendre à coexister avec des outils qui bousculent les repères du raisonnement clinique.

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

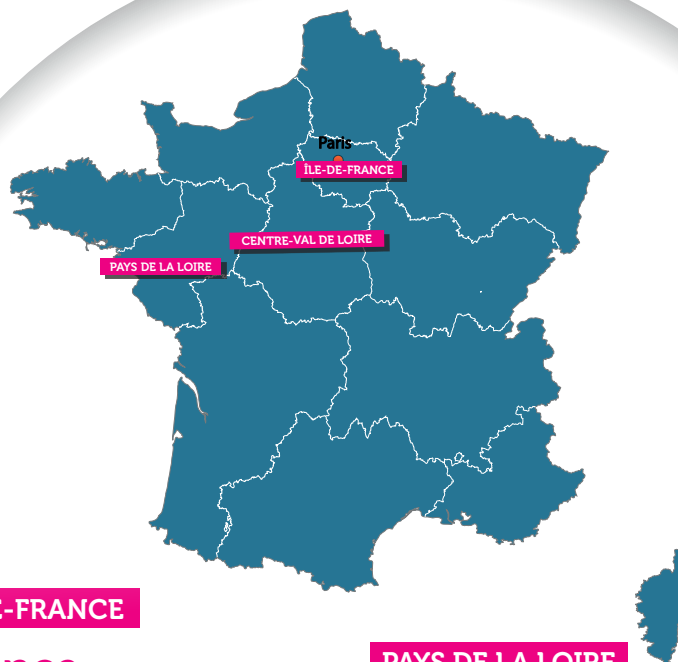


Des références leaders
sélectionnées chez des
fournisseurs engagés
RSE, à des prix attractifs



Scannez et accédez
à la plateforme !





CENTRE-VAL DE LOIRE

Une campagne pour maîtriser le risque cyber

La transformation numérique de l'exercice médical expose davantage les médecins libéraux aux risques cyber. En Centre-Val de Loire, une campagne de sensibilisation rappelle que la cybersécurité n'est plus un sujet périphérique, mais un enjeu central pour la continuité des soins et la protection des données de santé. En France, près de 800 incidents de cybersécurité ont été recensés dans le secteur de la santé en 2025. Le *phishing* en constitue l'une des principales portes d'entrée : lors d'une simulation menée auprès de professionnels, 25 % des médecins ont cliqué sur un courriel frauduleux, illustrant la difficulté à détecter ces menaces. Indisponibilité des logiciels métiers, perte d'accès aux dossiers patients, fuite d'informations sensibles... Les conséquences peuvent être graves. Pour le médecin, cela se traduit concrètement par un risque de rupture d'activité et une mise en jeu de sa responsabilité dans la protection des données. Au-delà de l'atteinte technique, c'est la continuité des soins et la confiance des patients qui sont en jeu. Dans ce contexte, les actions de sensibilisation proposées reposent sur des modules réguliers, des auto-évaluations et des mises en situation pour « ancrer des réflexes simples dans le quotidien des professionnels ». À l'heure où les usages numériques se généralisent, la cybersécurité s'impose comme une composante essentielle de l'exercice libéral, au même titre que la qualité et la sécurité des soins.

ÎLE-DE-FRANCE

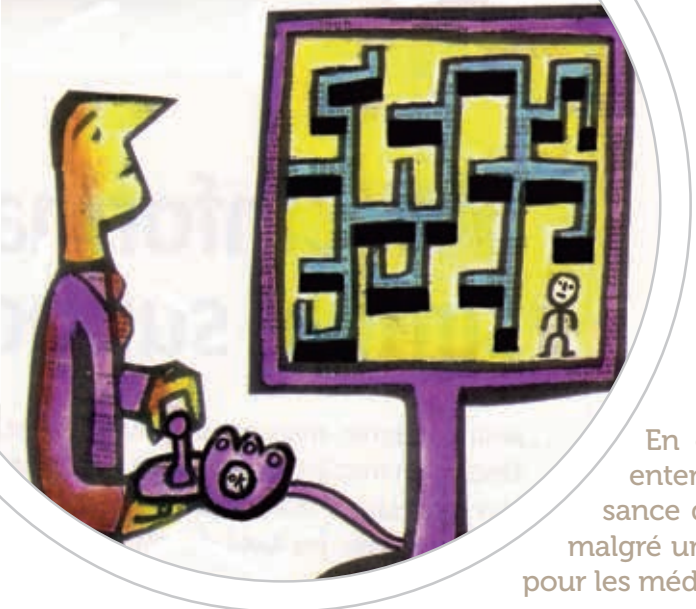
L'errance diagnostique s'enracine

L'accès aux spécialistes est un point de tension majeur du système de santé. En Île-de-France, une enquête de l'URPS Médecins Libéraux met en lumière une réalité préoccupante : en rhumatologie, les patients s'engagent dans des parcours de soins longs, fragmentés et souvent inefficients, marqués par une errance diagnostique persistante. Les données objectivent cette difficulté : 77 % des patients attendent plus de trois mois pour obtenir un rendez-vous, dont 39 % au-delà d'un an, alors même que 74 % présentent déjà une limitation fonctionnelle significative au moment de la consultation. En amont, chaque patient cumule en moyenne plus de deux consultations, et la majorité a déjà réalisé des examens lourds – 82 % une IRM et 64 % un bilan biologique – sans diagnostic stabilisé. Ce parcours à rallonge génère un double coût : pour le patient, avec une perte de chance et une dégradation de la qualité de vie ; pour le système, avec une multiplication d'actes parfois redondants. Pour le médecin traitant, cette situation se traduit par une pression accrue sur l'orientation et le suivi des patients. Pourtant, dans 45 % des cas, la consultation spécialisée permet de préciser ou de corriger le diagnostic initial. Au-delà de la rhumatologie, ces résultats interrogent la démographie médicale, la structuration territoriale de l'offre de soins et la coordination des acteurs. Une tension désormais structurelle, appelée à s'accroître sans réponse adaptée.

PAYS DE LA LOIRE

La prévention allergique change de tempo

La prise en charge des allergies évolue vers des approches plus précoces, intégrant les déterminants environnementaux. Dans les Pays de la Loire, le déploiement des pollinariums illustre cette dynamique vers une médecine plus anticipatrice et territorialisée. Le contexte épidémiologique est clair : 20 % des enfants et 30 % des adultes sont concernés par les allergies aux pollens, avec une tendance haussière et des formes parfois plus sévères, notamment respiratoires. Dans ce cadre, l'identification précoce des périodes d'exposition devient un levier déterminant. Les pollinariums permettent d'observer quotidiennement les principales espèces allergisantes et de détecter les premières émissions de pollens. Les informations diffusées en temps réel aux professionnels et aux patients offrent un avantage décisif : initier les traitements avant l'apparition des symptômes, condition reconnue pour améliorer leur efficacité. Ces données constituent également un appui à la décision clinique, en facilitant la corrélation entre symptomatologie et exposition environnementale. Pour le médecin généraliste, elles favorisent une prise en charge plus fine et plus personnalisée. Au-delà de l'innovation locale, ces dispositifs traduisent une transformation plus large : l'intégration progressive de la santé environnementale dans la pratique quotidienne. Une évolution qui remplace la prévention au cœur de la relation de soins.



Health Data Hub : le pari français de la donnée

En centralisant les données de santé, le *Health Data Hub* entend soutenir la recherche clinique, améliorer la connaissance des parcours de soins et éclairer les décisions publiques, malgré un accès indirect et des bénéfices encore peu perceptibles pour les médecins libéraux.

CENTRALISER POUR MIEUX EXPLOITER

Lancé il y a sept ans, le *Health Data Hub* s'inscrit dans la stratégie française de transformation numérique du système de santé. Son principe fondateur repose sur un constat simple : les données de santé, issues de l'Assurance Maladie, des hôpitaux ou des registres médicaux, étaient abondantes, mais restaient fragmentées et difficilement exploitables. Le HDH est donc chargé de centraliser ces sources, afin de faciliter leur utilisation à des fins de recherche, d'innovation et d'aide à la décision publique. Il exploite notamment le Système national des données de santé, l'une des bases les plus complètes en Europe, voire dans le monde. Pour atteindre ses objectifs, cette plateforme publique s'appuie sur une infrastructure technologique sécurisée, des outils d'analyse performants et un cadre juridique strict, défini par la CNIL et le RGPD. Le HDH garantit ainsi un accès contrôlé aux données, mais aussi leur protection.

ACCÉLÉRER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Le *Health Data Hub* agit comme un guichet national d'accès aux données de santé. Il met en relation les détenteurs et les porteurs de projets autorisés, tout en assurant un accompagnement technique, méthodologique et réglementaire. Sa portée ne se réduit pas au stockage : il propose également un environnement d'analyse sécurisé pour exploiter des données massives. Le HDH s'est particulièrement illustré lors de la pandémie de Covid-19, où il a permis de croiser

rapidement des données hospitalières, épidémiologiques et médico-administratives. Depuis, il soutient de nombreux travaux sur les maladies chroniques, les cancers et l'évaluation des traitements en conditions réelles. Le HDH contribue aussi au développement de l'intelligence artificielle en santé, en facilitant l'entraînement d'algorithmes. Il s'impose ainsi comme un levier clé pour la recherche clinique, l'organisation des soins et les politiques de santé.

DES RETOMBÉES INDIRECTES POUR LE CABINET

Pour les médecins libéraux, le *Health Data Hub* n'est pas un outil directement accessible en consultation. En exploitant des données à grande échelle, il permet néanmoins de mieux comprendre les parcours de soins, d'identifier des populations à risque et d'évaluer l'efficacité des stratégies thérapeutiques en conditions réelles. À terme, ces analyses pourraient se traduire par des recommandations plus ciblées, notamment pour améliorer le suivi des patients chroniques, et des outils d'aide à la décision intégrés aux logiciels métiers. Le HDH dessine également des perspectives pour la recherche en soins primaires, valorisant la place de la médecine de ville. Les limites restent toutefois importantes, avec un accès réservé aux projets collectifs, une complexité des procédures et des bénéfices encore peu visibles à court terme. L'enjeu sera donc de transformer ce potentiel en applications concrètes, simples et utiles pour la pratique quotidienne des médecins libéraux.

LE CHIFFRE-CLÉ

230

C'est le nombre de projets de recherche accompagnés par le *Health Data Hub* depuis son lancement, dont 73 nouveaux en 2025, confirmant la montée en charge de son usage dans la recherche publique et privée.

LE FAIT MARQUANT

Un virage stratégique pour la souveraineté

Le *Health Data Hub* ouvre une nouvelle phase de son développement avec le choix de Scaleway, filiale du groupe Iliad, comme futur hébergeur de sa plateforme de stockage et de traitement des données. Annoncée fin avril, quelques jours après la prise de fonctions de Hela Ghariani, ancienne responsable de la Délégation au numérique en santé, cette décision politique acte la sortie progressive de Microsoft Azure, utilisée depuis la création du *Health Data Hub* en décembre 2019. Très attendu, ce basculement vers un acteur français du cloud solde des années de débats sur la souveraineté numérique, et une possible exposition des données de santé françaises au droit extraterritorial américain via le *Cloud Act*. Pour la nouvelle directrice, cette migration représente le chantier prioritaire des prochains mois, alors que le *Health Data Hub* entend parallèlement accélérer ses projets en intelligence artificielle, renforcer l'accès des chercheurs aux bases nationales et préparer son intégration à l'espace européen des données de santé.

NB : la migration vers Scaleway doit être opérationnelle fin 2026 ou début 2027.

Consultation longue : un levier sous contraintes

Présentées comme un levier de reconnaissance du temps médical, les nouvelles cotations GL1, GL2 et GL3 ciblent la prise en charge des patients âgés complexes. Mais leur cadre d'application limite encore leur appropriation par les médecins, et interroge leur impact concret dans la pratique quotidienne.

LA NOUVELLE DONNE

Entrées en vigueur le 1^{er} janvier dernier, les cotations GL1, GL2 et GL3 constituent l'une des principales évolutions introduites par la convention médicale. L'objectif est clair : valoriser une démarche clinique souvent peu visible, mais essentielle dans le suivi des patients âgés, notamment en perte d'autonomie ou présentant une forte complexité médicale. Sans modifier le tarif de base de la consultation, le dispositif prévoit des actes dédiés, facturables 60 euros, sous conditions précises d'indication, de patientèle et de traçabilité. Au-delà de la revalorisation financière, ces nouvelles cotations visent à mieux structurer le parcours de soins, en reconnaissant les temps de coordination, d'évaluation globale et d'ajustement thérapeutique, au cœur de la médecine de suivi.

LES TROIS SITUATIONS AUTORISÉES

Derrière ces sigles, la convention médicale définit trois situations distinctes qui encadrent strictement l'usage de ces consultations. GL1 concerne la sortie d'hospitalisation d'un patient âgé, nécessitant une réévaluation globale de l'état clinique, des traitements et de l'organisation du retour à domicile. GL2 vise la déprescription chez les patients hyperpolymédiqués ; il s'agit d'un temps dédié à l'analyse des traitements, à l'identification des prescriptions inappropriées et à l'ajustement thérapeutique, dans une logique de sécurisation du parcours de soins. GL3 correspond à l'orientation vers un parcours médico-social (mise en place d'aides, évaluation de l'autonomie, coordination avec les structures adaptées...). Dans les trois cas, l'acte est ponctuel. Ce n'est pas une consultation longue répétée ou librement cotable selon la seule durée.

LES CONDITIONS À NE PAS OUBLIER

L'accès aux cotations est régi par plusieurs critères cumulatifs. Premier filtre d'éligibilité : le patient doit être âgé de plus de 80 ans. Ensuite, la consultation doit être réalisée par le médecin traitant déclaré, dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Autre point essentiel : ces actes ne sont mobilisables que dans les situations prévues par la convention, sans marge d'interprétation. Une simple consultation longue ou complexe ne justifie pas la cotation. La fréquence est également limitée, soit une fois par an et par situation. Enfin, la traçabilité dans le dossier médical est indispensable. Hospitalisation, révision thérapeutique, orientation médico-sociale... Il est recommandé de documenter clairement le contexte, les décisions prises et les éléments ayant motivé la cotation. Cette rigueur conditionne la sécurisation de la facturation.

LES DIFFICULTÉS SUR LE TERRAIN

Malgré les avancées décrites, ce dispositif présente plusieurs limites, qui en réduisent la portée. GL1 est réservée aux patients de plus de 80 ans, dans les 45 jours suivant une hospitalisation, alors que les médecins généralistes auraient souhaité une consultation longue cotée 60 euros pour les consultations de suivi de tous les patients en ALD, quel que soit leur âge. GL2 est peu mobilisée, car elle suppose la prescription d'un bilan de déprescription au pharmacien, une démarche encore rarement mise en œuvre. GL3 ne peut être cotée que dans le cadre du remplissage d'un dossier APA*, et pas encore *via* la plateforme *ViaTrajectoire***. Résultat : ces contraintes manifestes freinent le déploiement effectif de ces nouvelles cotations.

(*) : Allocation Personnalisée d'Autonomie – APA.

(**) *ViaTrajectoire* est un outil d'aide à l'orientation en structures sanitaires (SMR, HAD) ou en structures médico-sociales (EHPAD, EHPA).

Trois erreurs fréquentes de cotation à éviter

Première erreur : coter une GL1, une GL2 ou une GL3 pour une consultation simplement longue ou complexe sans entrer dans l'une des trois situations prévues par la convention. La durée ne suffit jamais à elle seule.

Deuxième erreur : oublier la condition d'âge ou de statut de médecin traitant. Le dispositif est strictement réservé aux patients de plus de 80 ans suivis dans le parcours de soins coordonnés.

Troisième erreur : négliger la documentation dans le dossier médical. En cas de contrôle, l'absence de traçabilité du contexte (sortie d'hospitalisation, déprescription, orientation médico-sociale) fragilise la justification de la cotation.

ASSUMED

ASSUMED, c'est :

+ de 50 000 contrats souscrits

+ de 44 000 adhérents

l'association leader au service
de la prévoyance des médecins.

ASSUMED

79, rue de Tocqueville

75017 Paris

Tél. : 01 43 18 88 10

Dr Yves Decalf, Président

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



SN-MCR

Syndicat National des Médecins
Concernés par la Retraite

Pour comprendre & participer à l'avenir de votre retraite

Pour connaître les meilleures dates possibles de liquidation de votre retraite,
une étude gratuite est proposée par le SN-MCR à ses adhérents.
Indiquez-nous, par courriel, votre **date de naissance** (JJ/MM/AA),
le **nombre de trimestres cotisés TOUS régimes de base**
(à recueillir sur www.info-retraite.fr), la **date du relevé** et,
si possible, la ou les **dates souhaitées pour la liquidation**.

COTISATION

66 € pour 2026

Syndicat National des Médecins
Concernés par la Retraite

79, rue de Tocqueville – 75017 Paris

Tél. : 01 87 44 62 60 – 07 56 37 77 61

snmcr@club-internet.fr – www.retraitemedecin.org



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

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

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

CHECK UP PRO
RDV en ligne



Ensemble, prenons soin de demain

macsf.fr

3233

Service gratuit
+ prix appel

PUBLICITÉ

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