



Une nouvelle année à vos côtés

2024 s'est achevée avec son lot d'instabilité politique mais aussi d'évolutions dans l'exercice de la médecine libérale.

Votre URPS travaille constamment à vos côtés pour faciliter les installations, vous faire connaître les innovations en e-santé, faire revaloriser la visite à domicile grâce à l'enquête que de nombreux confrères ont complétée, faciliter vos acquisitions d'équipements mais aussi de contrats de prévoyance et bientôt de RCP avec la Centrale de produits et services.



Vous avez été également nombreux à répondre à l'enquête sur l'intérêt d'une législation supplémentaire à la loi Claeys-Léonetti qui permet une sédation à la fin de vie, avec la proposition de loi sur l'« aide à mourir » prévue en discussion à l'Assemblée nationale au premier trimestre 2025. Nous avons été impressionnés par le recueil de vos réponses très impliquées.

Nous sommes également actifs, avec vous, en soutien de nos confrères avec le réseau "médecin de médecin" et vous invitons à le renforcer.

L'ensemble des élus de votre URPS médecins libéraux Ile-de-France se joignent à moi pour vous souhaiter leurs meilleurs vœux pour 2025.

Dr Valérie Briole
Présidente de votre URPS Médecins Île-de-France

Et vous Docteur, comment allez-vous ?
Pour la deuxième année consécutive, l'URPS médecins livre les résultats du Baromètre santé des médecins libéraux. Une occasion de rappeler à tous que pour bien soigner, il faut être en bonne santé. Une démarche à inscrire dans notre exercice quotidien pour assurer un équilibre entre nos vies professionnelle et privée, tout un programme à mettre en œuvre dès janvier 2025...

FIN DE VIE

A-t-on besoin d'une nouvelle loi ?

2

BAROMÈTRE SANTÉ

Baromètre santé des médecins libéraux

6

VISITE À DOMICILE

Stop ou encore

8

PRATIQUES TARIFAIRES

Où en sommes-nous ?

10



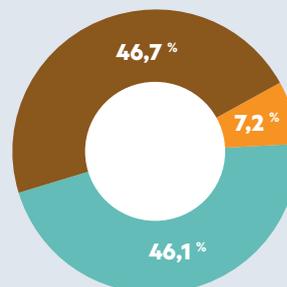
FIN DE VIE : A-T-ON BESOIN D'UNE NOUVELLE LOI ?

Alors que la proposition de loi Falorni relative à l'accompagnement des malades et de la fin de vie revient au cœur des débats parlementaires, l'URPS médecins libéraux Île-de-France a souhaité recueillir l'avis de la profession. 499 médecins libéraux franciliens ont répondu à notre enquête. Les résultats traduisent des attentes fortes mais également des réserves majeures sur le projet tel qu'il est présenté.

LES RÉSULTATS CLÉS DE L'ENQUÊTE

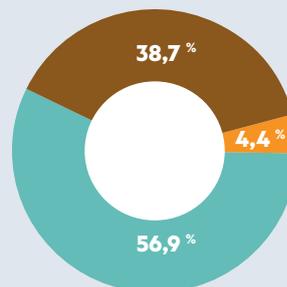
UTILITÉ D'UNE NOUVELLE LOI ?

93 % des médecins répondants connaissent la procédure de sédation profonde mise en place par la loi Claeys-Leonetti, sans en maîtriser totalement les détails.



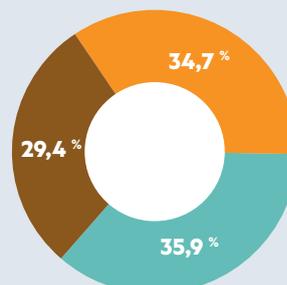
- Oui je connais cette procédure
- Oui je la connaissais sans maîtriser les détails
- Non je ne la connais pas

Pour 57 % d'entre eux cette procédure existante est dans leur pratique une solution adaptée pour les personnes en fin de vie en situation d'agonie.



- Oui dans la majorité des cas que vous avez suivi
- Partiellement
- Pas du tout

La proposition de loi qui va être de nouveau mise à jour à l'Assemblée Nationale visant à proposer une aide à mourir est « opportune » pour 36 % des répondants, « inutile » pour 34,6 % d'entre eux et « à réfléchir » pour 29,5 %.



- Opportune
- A réfléchir
- Inutile

LE DÉTAIL DES AVIS DES MÉDECINS SUR QUELQUES ARTICLES DE LA PROPOSITION DE LOI



À la suite de l'article L 1110-10, la proposition de loi Falorni propose d'intégrer cette formule :

« Dès l'annonce du diagnostic d'une affection grave, le médecin ou un professionnel de santé de l'équipe de soins propose au patient, à l'issue de discussions au cours desquelles celui-ci peut être assisté de personnes de son choix, la formalisation par écrit ou par tout autre moyen compatible avec son état d'un plan personnalisé d'accompagnement. »

→ 61,4% des répondants y sont favorables ou plutôt favorables mais pas au moment de l'annonce du diagnostic.

Les répondants s'interrogent sur la définition d'une affection grave et sur le moment opportun de la formalisation écrite d'un plan personnalisé d'accompagnement, comme l'illustrent les verbatims suivant.

« Le moment de l'annonce du diagnostic n'est pas le moment le plus approprié, le choc de l'annonce peut altérer la réflexion et la prise de décision du patient. Et lui parler de la fin quand il en est au début c'est violer son droit à l'espoir ainsi que nier le temps psychique d'intégration qui est un temps lent. »



« Importance de prendre en compte le fait que l'avis du patient et sa demande de prise en charge palliative est souvent évolutive après l'annonce ; ne pas vouloir figer les choses trop tôt. »

« La temporalité de la rédaction peut être différente pour chaque patient, je trouve que dès l'annonce, ça fait beaucoup d'informations. »



L'article 37 propose d'insérer un article Art. L. 1111 12 14. – I.

« Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir ».

→ 56,1% des répondants y sont défavorables ou plutôt défavorables.

« La formulation calquée sur le délit d'entrave à l'IVG ne me semble pas adéquate. Il est important que le fait de mettre à disposition des informations alternatives et d'inciter les patients à se renseigner sur les alternatives à l'euthanasie/suicide assisté ne puisse pas être pénalisé. »

« La question est bien trop sensible et l'interprétation de cet article bien trop hasardeuse pour formuler ainsi ce propos. Elle empêcherait les professionnels de santé d'informer explicitement sur les moyens de ne pas recourir à tout procédé donnant la mort par crainte d'être accusé de prosélytisme. La majorité des patients qui formulent une telle demande sont en état de grande vulnérabilité psychologique (à part quelques militants qui ne représentent pas la majorité). Cet article me paraît dangereux car son interprétation peut conduire à un défaut d'information du patient sur les nombreuses possibilités en soins palliatifs. »



L'article 22 de la PPL Falorni propose d'insérer un article Art. L. 1111-12-1. – I dans le code de santé publique sous l'intitulé aide à mourir comme suit : « L'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier. »

→ 51,4 % des répondants y sont défavorables ou plutôt défavorables.

À la question « Pensez-vous que les soignants doivent être acteurs de cette procédure ? », 51,7 % répondent oui.

Les verbatims montrent que le rôle du médecin dans cette procédure entre l'accompagnement de son patient jusqu'à sa fin de vie et l'acte de sédation reste une frontière compliquée :

Je suis d'accord mais je ne pourrai pas le faire.

Je ne provoquerai pas la mort délibérément (serment d'Hippocrate).

Pour moi, l'acte létal doit être réalisé par le médecin, secondé par un infirmier si soin ou perfusion nécessaires. C'est un acte médical.

LES PRIORITÉS DES MÉDECINS FRANCILIENS

Les résultats de l'enquête confirment que les priorités doivent porter sur :

- **Le renforcement de l'offre de soins palliatifs.**
Les médecins dénoncent les inégalités criantes d'accès, en particulier en ville et dans les EHPAD. Aujourd'hui, près de 1 000 patients par jour se trouvent privés d'un accompagnement adapté.
- **La garantie d'une décision préparée, collégiale et réversible.**
Toute décision d'« aide à mourir » doit être strictement encadrée, avec des avis pluriels et la possibilité pour le patient de revenir sur son choix.
- **La protection de la liberté de conscience.**
Les médecins souhaitent être soutenus dans leur rôle de soignants et non contraints par des mesures coercitives et sanctionnantes.

Dans ce contexte, l'URPS médecins s'interroge sur l'urgence et l'opportunité de légiférer sans apporter de réponses aux besoins prioritaires des soins palliatifs.



L'article 19 de la PPL 204 suggère :

« la mise en place d'une commission de contrôle et d'évaluation, bénévole et placée auprès du ministre chargé de la santé, qui assure le contrôle a posteriori, à partir notamment des dossiers médicaux des patients, pour chaque procédure de sédation profonde et continue, si elle constate un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles, elle peut saisir la chambre disciplinaire de l'ordre compétent. »

→ 57 % des répondants y sont défavorables ou plutôt défavorables.

La plupart des répondants estiment que si cette commission existe, ce qui ne semble pas essentiel à tous, elle doit plutôt intervenir en amont de la mise en œuvre de la sédation profonde. Les médecins s'interrogent également sur le caractère bénévole des membres de cette instance, des modalités de leur désignation et de la représentation des cliniciens en son sein.

ACCOMPAGNEMENT DES MALADES EN FIN DE VIE : LA ZONE DU CAS DE CONSCIENCE ET DU DIALOGUE



INVITÉS

Pr Régis AUBRY,
co-rapporteur de l'avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

Dr Jean-Marie GOMAS,
fondateur du mouvement des soins palliatifs en France et président du Centre d'études et de formation sur l'accompagnement des malades âgés (CEFAMA)

MODÉRATION :
DR VALÉRIE BRIOLÉ, PRÉSIDENTE DE L'URPS

PODCAST À ÉCOUTER
SUR NOTRE SITE



TRIBUNE

LA LIBERTÉ DE CONSCIENCE DU MÉDECIN

Dans une société où les libertés des médecins libéraux se réduisent comme peau de chagrin, comme en témoigne la volonté de certains parlementaires de restreindre le choix du lieu d'installation, de la prescription, du montant des honoraires, une liberté persiste, et mérite, peut-être encore plus que toute autre, d'être défendue, car elle est également battue en brèche : il s'agit de la liberté de conscience.

Il existe actuellement une volonté politique de légiférer non sur la fin de vie, mais sur « l'aide à mourir ». Cette locution recouvre deux notions : le suicide assisté, où l'acte est commis par le demandeur lui-même, à qui la substance létale est fournie, en présence d'un tiers, et l'euthanasie, où la substance létale est administrée directement par un tiers.

Ces deux actions sont actuellement punies par la loi, la première en tant que non-assistance à personne en danger, la deuxième en tant qu'assassinat. Elles sont également en contradiction avec le serment d'Hippocrate.

L'enquête menée par l'URPS, montre que les médecins sont très partagés sur ce sujet. Si la grande majorité estime que le médecin se doit d'accompagner son patient « jusqu'au bout », y compris dans le choix de sa fin de vie, certains s'interrogent sur les dérives possibles de ce projet de loi.

En cas de suicide assisté, le rôle du médecin paraît, pour certains, nécessaire en ce qui concerne la prescription et la délivrance du produit, mais sa présence plus problématique ; celle-ci apparaît pour d'autres nécessaire afin d'éviter d'impliquer un tiers familial ou amical.

L'obligation d'annonce d'une possibilité d'aide à mourir dès celle d'une maladie grave (dont la définition reste floue), paraît sujette à caution, car cette temporalité, à un moment où le patient doit déjà absorber le choc du diagnostic, pourrait pousser certains à refuser les soins, dans un raptus suicidaire.

De même, la notion d'entrave à l'aide à mourir, qui paraît être un copier-coller mal digéré de la loi sur l'IVG, paraît également imprécise et dangereuse : le fait de traiter une dépression sous-jacente, ou de simplement soutenir un patient, pourrait-il constituer un délit ?


Le temps de la fin de vie n'est pas un temps mort.

Les pays qui ont légalisé à la fois l'euthanasie et le suicide assisté voient le nombre de décès par euthanasie dépasser très nettement celui du suicide ; les demandes concernent en majorité des patients issus de milieux socio-culturels défavorisés, pour qui l'accès aux soins est plus difficile.

Enfin, tous les garde-fous imposés au départ, tels que l'interdiction chez les mineurs et les majeurs sous protection, ou la notion de maladie mortelle, ont explosé rapidement sous la pression sociale.

En France, certains acteurs de terrain, médecins de soins palliatifs, se plaignent d'avoir été tenus à l'écart du groupe de travail sur cette proposition de loi, au profit de militants parfois éloignés de la fonction de soin.

Nous coûtions plus cher à la société pendant notre dernière année de vie qu'au cours de toutes les années précédentes, mais doit-on laisser une logique purement comptable légiférer ?

La valeur d'une société se reconnaissant à l'attention qu'elle apporte aux plus vulnérables, ne serait-il pas plus humain et plus judicieux d'aider nos patients à vivre leur fin de vie de la façon la plus digne et la plus confortable possible, en favorisant un accompagnement médical et des soins palliatifs, bien insuffisants dans notre pays, afin que, pour reprendre la jolie phrase d'un confrère, « le temps de fin de vie ne soit pas un temps mort » ?

Aider à vivre, y compris les derniers instants, en s'appuyant sur les textes existants, notamment la loi Claeys-Leonetti, que près de la moitié des médecins interrogés avouent ne pas totalement maîtriser, et que le grand-public connaît encore moins, fait partie de l'honneur de notre métier ; qu'en est-il de l'euthanasie et du suicide assisté ?

Notre éthique doit nous guider, tout au cours de l'évolution de notre pratique et de notre profession, qui reste profondément connectée à la société, et je ne pourrais conclure sans ces mots dont la sagesse ne s'est jamais démentie : « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme ». Nous sommes riches de cette éthique, de notre expérience et de notre relation avec nos patients, faisons entendre notre voix !

**Pour le Bureau de l'URPS
Dr Natacha Regensberg de Andreis,
Secrétaire générale adjointe**

SEMAINE DE LA SANTÉ DES MÉDECINS LIBÉRAUX

À l'issue de la deuxième Semaine de la santé des médecins libéraux du 1^{er} au 8 décembre 2024, l'URPS médecins a publié le baromètre santé des médecins franciliens. Invités à faire le point sur notre état de santé, nous sommes 900 médecins à avoir répondu à l'auto-questionnaire en ligne sur le site de l'URPS.

UN AUTOTEST MAIS SURTOUT UNE PRISE DE CONSCIENCE

Bien plus qu'un simple autotest il s'agit avant tout d'une prise de conscience que l'URPS veut provoquer au travers de cette campagne. L'objectif étant que les médecins libéraux prennent le temps de faire attention à leur santé personnelle.

J'ai réalisé le test l'année dernière, cela m'a fait penser que « je ne suis pas allée chez le gynéco depuis trop longtemps » et je me suis dit qu'il fallait faire quelque chose pour moi ». Je suis assez contente de me dire que je l'ai fait et que je peux répondre aujourd'hui que j'ai pris soin de moi, comme quoi ce test sert à quelque chose en plus d'être un baromètre.

En renouvelant cette campagne en 2024, l'URPS médecins souhaite avant tout :

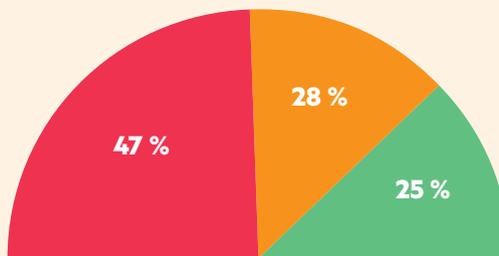
- sensibiliser les médecins libéraux à prendre soin de leur santé ;
- inciter les médecins libéraux à être prévoyants pour eux-mêmes et leurs proches ;
- développer et animer un réseau de médecins de médecins ;
- encourager des actions locales pour le bien-être collectif des professionnels de santé.

Pour répondre à ces enjeux, la commission exercice au quotidien de l'URPS médecins a déjà mis en place :

- un numéro unique régional **01 45 45 45 45** qui accompagne les médecins dans leurs démarches notamment en matière de santé ;
- un réseau médecin de médecin avec des médecins libéraux volontaires pour prendre en charge leurs confrères : 30 médecins sont déjà adhérents.

LES RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ DES MÉDECINS LIBÉRAUX

Le baromètre santé des médecins libéraux reflète de nouveau une réalité inquiétante. Avec un rythme de travail soutenu, une charge mentale importante et un manque d'attention pour leur propre santé, les médecins libéraux sont, sans surprise, exposés aux situations de surmenage ou aux risques professionnels pour leur santé.



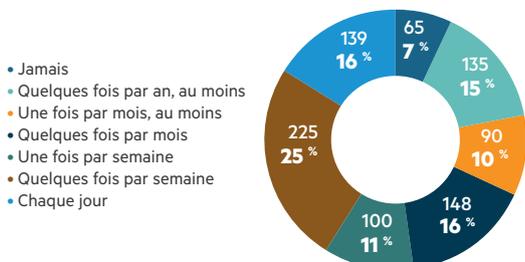
47 % des médecins sont invités à prendre contact pour faire le point sur leur état de santé.

28 % des médecins sont invités à surveiller leur santé et à faire un test plus complet.

25 % des médecins sont encouragés à se maintenir en bonne santé.

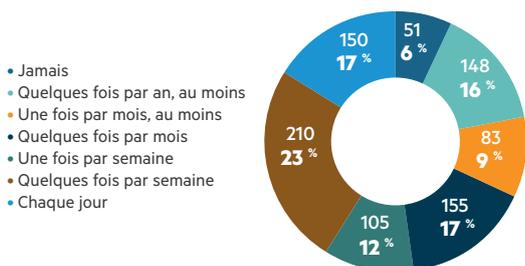
Dans le détail, le baromètre révèle des résultats contrastés

Question : Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une journée de travail.



Plus de **1 médecin sur 2** se sent régulièrement fatigué au réveil avant d'affronter une journée de travail.

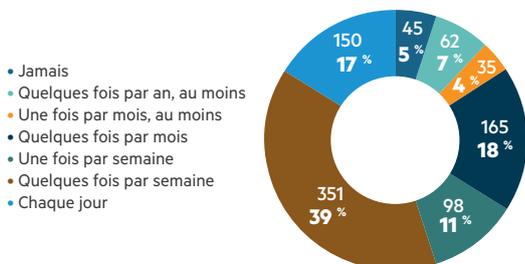
Question : Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.



54 % des médecins généralistes se sentent **au moins une fois par semaine** à bout à la fin de leur journée de travail contre 53 % des spécialistes.

Parmi eux, 21 % des spécialistes se sentent à bout chaque jour contre 15 % des généralistes.

Question : Je me sens plein d'énergie.



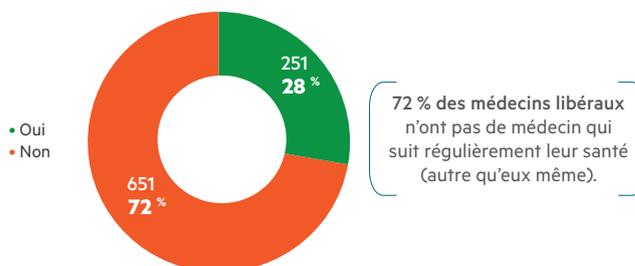
66 % des médecins se sentent **régulièrement** plein d'énergie.

Points positifs

- Les médecins répondants sont **92 %** à déclarer avoir le sentiment de s'occuper régulièrement très efficacement de leurs patients.
- Par ailleurs, la majorité des médecins arrivent à préserver une activité sociale, culturelle ou sportive sans doute essentielle à leur équilibre, **85 %** ont réussi à partager dans les huit derniers jours un repas familial ou amical, **73 %** à avoir une activité culturelle ou sportive.

Sur le plan de leur propre prise en charge et de leur suivi médical

- **27 %** des médecins répondants déclarent n'avoir fait aucun dépistage ou examen de contrôle durant les deux dernières années. (22 % chez les + de 55 ans).
- **47 %** déclarent avoir un symptôme somatique qui aurait dû les amener à consulter sans l'avoir fait.



72 % des médecins libéraux n'ont pas de médecin qui suit régulièrement leur santé (autre qu'eux même).

Au travers de cette campagne, l'URPS médecins souhaite avant tout :

- sensibiliser les médecins à leur santé et à leur bien-être, les inciter à consulter un confrère ;
- développer et promouvoir le réseau médecin de médecin de l'URPS médecins ;
- inciter à la pratique sportive et culturelle au travers d'offres franciliennes ;
- encourager les médecins à disposer d'une prévoyance avec une couverture adaptée.

LE RÉSEAU MÉDECIN DE MÉDECIN

Le réseau médecin de médecin, ce sont des médecins libéraux qui s'organisent dans le cadre de l'URPS pour prendre en charge les confrères qui en font la demande. Vous souhaitez participer à la prise en charge de vos confrères ?

Inscrivez-vous à nos prochaines rencontres de présentation du réseau médecin de médecin **jeudi 13 mars à 20h00** ou **samedi 24 mai à 14h00**

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
RENDEZ-VOUS SUR NOTRE SITE



VISITE À DOMICILE : STOP OU ENCORE ?



Dans un contexte où les pouvoirs publics cherchent la voie entre les économies, la lutte contre les déserts médicaux, le maintien à domicile des personnes âgées et la réduction du passage aux urgences, l'URPS médecins libéraux a souhaité interroger les médecins au sujet de leur pratique de la visite à domicile et de la place à lui donner dans le recours aux soins.

Pratique des médecins traitants

Parmi les médecins généralistes installés en cabinet et répondant à l'enquête*, 72 % déclarent faire des visites régulièrement et suivent en moyenne 32 patients à domicile dans leur patientèle. Seuls 23 % d'entre eux affirment être en situation de prendre de nouveaux patients à domicile.

Dans 68 % des cas, le médecin réalise entre 1 et 5 visites hebdomadaires pour des patients qui sont plus fréquemment des personnes âgées de plus de 80 ans. Les visites à domicile se font très majoritairement au domicile des patients ou en EHPAD et les médecins les réalisent en journée, essentiellement sur leur temps de déjeuner (54 % des visites des répondants ont lieu entre 12 h et 14 h).

La fréquence des visites à domicile aux patients chroniques est d'une fois par trimestre pour 72 % des répondants, à tous les mois pour 14 % des répondants. La distance moyenne entre le cabinet et le domicile des patients est de 4,6 km avec un temps de déplacement en moyenne de 30 minutes et un temps de consultation d'environ 45 minutes. Les déplacements se font majoritairement en voiture (pour 65 % des médecins) mais aussi à pied pour 20 % et à vélo pour 12 %.

Lorsque les médecins traitants sont en incapacité de répondre à une visite, ils orientent vers les associations de visites à domicile dans 39 % des cas, vers le Centre 15 dans 37 % des cas ou vers les urgences dans 15 % des cas. Très rares sont ceux qui font des visites à domicile pour un patient en dehors de leur patientèle, seulement 7 %. Encore moins nombreux sont ceux qui sont sollicités aujourd'hui par le 15 pour une demande de visite régulée (3,4 %).

91 % des médecins considèrent que les visites à domicile peuvent éviter des recours aux urgences

92 % des médecins estiment que les visites à domicile permettent le maintien à domicile des personnes âgées ou des personnes dépendantes

Pratique des médecins qui exercent en association de visite

Pour les médecins qui exercent en association de visite, la visite à domicile reste leur activité principale ou exclusive pour 50 % d'entre eux. La prise en charge des patients en centre de soins non programmés et en téléconsultation se développe au détriment de la visite qui pourrait disparaître à terme, dans un contexte de vieillissement des médecins, d'insécurité et de dévalorisation de l'exercice de la visite. Pour ceux qui pratiquent des visites, 34 % des médecins répondants en font plus de 50 par semaine, et 42 % entre 20 et 50. La pédiatrie est souvent le premier motif

de recours à la visite pour ces médecins, le reste des visites étant assez bien réparti dans les âges adultes. Les médecins qui exercent en association de visite sont les seuls à réaliser des visites dans le cadre de la permanence des soins à la demande du centre 15 entre 20 h 00 et 8 h 00 et le week-end : ils sont le seul recours libéral en effecton en nuit profonde. Ils interviennent aussi sur demande du Centre 15 en journée dans certains départements, ce qui, selon leur expérience et celle des médecins régulateurs du Centre 15, évite un grand nombre de recours aux urgences.

Le point commun : arrêt de la VAD à court terme !

37 % des médecins traitants et 35 % des médecins exerçant en association de visite déclarent vouloir arrêter de faire des visites dans un avenir proche.

Les principales raisons évoquées sont le manque de valorisation de cette pratique et les difficultés de circulation et de stationnement. 96 % des médecins répondants considèrent que la visite à domicile n'est pas correctement rémunérée.



MAIS ALORS POURQUOI NE PAS REVALORISER LE TARIF DES VISITES JUSTIFIÉES

Selon les médecins répondants, le bon niveau de rémunération pour une visite à domicile de jour serait entre 70 € et 80 €, de 100 € en début de nuit à 140 € en nuit profonde, alors que les tarifs sécurité sociale actuels sont de 36,50 € en journée, 65 € en début de nuit et 70 € en nuit profonde.

** Enquête réalisée par courriel dans le courant du premier trimestre 2024 auprès des 8 000 médecins généralistes et gériatres libéraux franciliens, taux de réponse 12,5 % soit 974 répondants. La démarche a été complétée au travers d'entretiens auprès d'associations de visite et d'associations de PDSA-SAS.*

SOLUTIONS PROPOSÉES POUR SAUVER LA VISITE À DOMICILE :

1. Revalorisation des tarifs :

- Majoration pour les visites justifiées médicalement ou socialement ;
- Application du dépassement exceptionnel pour exigence particulière du patient en visite à domicile non justifiée.

2. Facilitation des déplacements des médecins (circulation et stationnement).

3. Intervention et accompagnement des services sociaux d'aide à la personne pour éviter des hospitalisations.



À RETENIR

- Le recours à une ambulance à la demande du Centre 15 coûte en moyenne 300 € aller-retour en Île-de-France et une prise en charge aux urgences coûte en moyenne 227 € selon un rapport de la CNAM, soit un coût total moyen de 527 €.
- Selon une étude pratiquée dans 97 services d'urgence : le fait de passer une nuit sur un brancard lorsqu'on est âgé de plus de 75 ans augmente de 40 % la mortalité hospitalière. Cela augmente aussi le risque de complications hospitalières et la durée moyenne du séjour à l'hôpital. Cet impact délétère est encore plus marqué chez les patients fragiles et dépendants, pour qui le risque de mortalité peut presque doubler après une nuit aux urgences (publication dans le JAMA).

PRATIQUES TARIFAIRES : OÙ EN SOMMES-NOUS ?



A l'heure de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention, il est toujours intéressant de faire le point sur les pratiques tarifaires des médecins libéraux franciliens. On entend beaucoup dire sur ce sujet mais en dehors des témoignages individuels, il convient d'avoir une photographie plus globale. Chaque année, l'URPS médecins met à jour un observatoire des pratiques tarifaires des médecins libéraux, et cette année nous vous proposons d'en partager les principaux résultats.

Pratique des médecins libéraux franciliens

Afin de disposer d'une information fiable, dynamique et mise à jour, l'URPS médecins libéraux travaille avec l'Institut statistique des professionnels de santé libéraux (ISPL*). Ce partenariat offre un accès direct aux bases de données de l'Assurance maladie avec un traitement intelligible des informations propres à nos activités libérales**.

Focus sur le premier recours

Pour rappel, la consultation est fixée à 26,50 € par la convention.

En 2023 :

- 85 % des médecins généralistes installés en Ile-de-France exercent en secteur 1 ;
- 14,5 % des médecins généralistes installés en Ile-de-France exercent en secteur 2 ;
- 0,5 % des médecins généralistes ne sont pas conventionnés ;
- 89 % des actes de médecine générale en Ile-de-France sont réalisés en secteur 1 ;
- Les MG de secteur 2 réalisent 34 % de leurs actes en secteur 1 ;
- Pour les MG de secteur 2 : 78 % des actes avec complément d'honoraire se situent entre 0 et 100 % du tarif opposable (soit entre 26,50 € et 53 €).

➔ **En 2021, ces chiffres étaient identiques.**

Focus sur les autres spécialités

Pour rappel, la base de remboursement de la consultation clinique du médecin de secteur 2 est fixée à 23 €. Les actes techniques du médecin spécialiste relèvent de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Deux éléments participent à la construction de la valeur de l'acte CCAM :

- d'une part « le travail médical » (recouvrant les ressources physiques et intellectuelles) ;
- d'autre part, « le coût de la pratique » incombant au praticien pour effectuer l'acte (charges financières telles que personnels, loyer, matériel, etc.).

Construction de la valeur de l'acte :

Le travail médical est mesuré par une méthode de hiérarchisation conduisant à une échelle de scores du travail exprimée en « point travail » et évaluée en dehors de toute considération financière. Le prix du travail est obtenu en multipliant ce score de travail par le facteur de conversion monétaire (actuellement de 0,44 €).

Le coût de la pratique (exprimé en euro/acte), quant à lui, résulte d'une affectation de la nature des charges professionnelles recueillies auprès de la Direction générale des impôts, des praticiens et des fabricants. Ce coût est variable d'une spécialité à l'autre. Le prix du coût de la pratique est

obtenu en multipliant cette valeur par la valeur des charges professionnelles.

La somme de ces deux entités définit ainsi le montant de l'honoraire :

Honoraire = Coût du travail médical [Score de travail x Facteur de conversion monétaire (0,44 €)] + Coût de la pratique [Score de travail x Valeur des charges professionnelles]

A noter, pour les médecins de secteur 2, environ 80 % des actes CCAM n'ont fait l'objet d'aucune revalorisation depuis 2006. Cette revalorisation est annoncée pour 2025

En 2023 :

- 26 % des médecins spécialistes installés en Ile-de-France exercent en secteur 1 ;
- 74 % des médecins spécialistes installés en Ile-de-France exercent en secteur 2 ;
- 59 % des actes spécialisés en Ile-de-France sont réalisés en secteur 1 ;
- Les médecins de secteur 2 réalisent 43 % de leur activité à tarif opposable ;
- 42,5 % des actes avec complément d'honoraires des médecins en secteur 2 en Ile-de-France se situent dans une tranche de complément de 0 à 10 % du tarif opposable, (70 % des actes avec complément se situent dans une tranche inférieure à 100 %).

FOCUS SUR LES TARIFS OPPOSABLES DE LA GASTRO-ENTÉROLOGIE AVEC LES 4 ACTES LES PLUS FRÉQUENTS

GASTRO	Les 5 premiers actes les plus fréquents en Ile-de-France	
HEQE002	Endoscopie oeso-gastro-duodénale	
Tarif 01/09/2005		96,00 €
Tarif 01/01/2025		96,00 €
Nb actes total 2022 en IDF		70517
Taux de dépassement moyen (approximation)		47%
HEQE005	Endoscopie oeso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans	
Tarif 01/09/2005		153,60 €
Tarif 01/01/2025		153,60 €
Nb actes total 2022 en IDF		28064
Taux de dépassement moyen (approximation)		66%
HHFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1 cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	
Tarif 25/03/2005		192,00 €
Tarif 01/01/2025		192,00 €
Nb actes total 2022 en IDF		23245
Taux de dépassement moyen (approximation)		51%
HHQE002	Coloscopie totale avec franchissement de l'orifice iléocolique	
Tarif 25/03/2005		153,60 €
Tarif 01/01/2025		153,60 €
Nb actes total 2022 en IDF		19 619
Taux de dépassement moyen (approximation)		64%

*ISPL : <http://www.ispl.fr/>

** Pratiques tarifaires des médecins à exercice libéral exclusif ou libéral à temps partiel hospitalier

Ecouter notre podcast

La voix des libéraux

Médecins secteur 3, qui sont-ils ?

00:00 / 37:31

Ils ont fait le choix du secteur 3.
Qui sont-ils ? Pourquoi ont-ils fait ce choix ?
Qu'est-ce qui a changé depuis qu'ils ont coupé les ponts avec la Sécurité sociale ?
Quelle est leur relation maintenant avec leurs patients ?

» Ecouter





Formation

"Agressions verbales ou physiques au cabinet médical, les conduites à tenir"

Dans le cadre du plan d'action inter URPS Ile-de-France « Tolérance zéro pour les violences faites aux professionnels de santé » les URPS médecins et chirurgiens-dentistes vous invitent à une soirée de formation sur le thème des conduites à tenir pour faire face aux agressions verbales ou physiques. Au cours d'un séminaire de 2 heures, venez vous former à la prévention et gestion des situations d'agressions.

Au programme

- Immersion (scène jouée)
- Interaction (partage d'expérience)
- Recommandation (conseils opérationnels)
- Réflexion (audit de sa pratique)
- Plan d'actions (élaboration de sa stratégie)

Prochaines dates 2025

- Mardi 11 février à 20h Versailles, Yvelines (78)
- Jeudi 6 mars à 20h Cergy-Pontoise, Val d'Oise (95)
- Jeudi 3 avril à 20h Rueil-Malmaison, Hauts-de-Seine (92)
- Jeudi 15 mai à 20h Melun Seine-et-Marne (77)
- Jeudi 5 juin à 20h Meaux Seine-et-Marne (77)

INSCRIPTION
ET DÉTAILS



La Centrale

des médecins libéraux franciliens

Bonne nouvelle ! En 2025, le prix de **l'abonnement pour accéder aux offres de la Centrale diminue** :

60 € pour 12 mois - sans engagement et déductibles de vos charges (au lieu de 90 €).

En ce début d'année, vous trouverez nos nouvelles offres sur les **véhicules** et les **logiciels métier**.

Et l'ensemble des offres qui s'enrichit de jour en jour :

- **Matériel médical** : tables d'examen, matériels de diagnostic, équipements ophtalmologie, consommable médicaux...
- **Informatique et système d'information** : logiciels métier, e-réputation, matériels et toners, assistance informatique...
- **Banques et assurances** : prévoyances...
- **Ressources humaines** : groupement d'employeurs, externalisation des paies, formations pour assistants médicaux ...
- **Services** : télésecrétariats, Dasri...
- **Mobilité et immobilier** : véhicules, entretien...
- **Loisirs pour vous et vos salariés** : places de cinéma, clubs de sport, abonnements presse...

L'URPS a lancé la Centrale pour défendre nos conditions d'achats : 100% indépendante des fournisseurs, et accessible en ligne, par la souscription d'un abonnement.



CETTE OFFRE EST RÉSERVÉE AUX MÉDECINS LIBÉRAUX FRANCILIENS

Pour nous joindre,
un numéro unique :



01 45 45 45 45

Le Bureau de l'URPS

Dr Valérie Briole, Présidente
Dr Bertrand de Rochambeau, Vice-Président
Dr Mardoche Sebbag, Vice-Président
Dr Luc Sulimovic, Trésorier
Dr Bernard Elghozi, Trésorier Adjoint
Dr Nathalie Leroy, Secrétaire Générale
Dr Natacha Regensberg de Andreis, Secrétaire Générale Adjointe
Dr Eric Tanneau, Secrétaire Général Adjoint

URPS médecins libéraux Île-de-France
12, rue Cabanis - 75014 Paris
Tél.: 0140 64 14 70 - Fax. 0143 2180 34
Email: secretariat@urps-med-idf.org
www.urps-med-idf.org

Directeur de la publication: Dr Valérie Briole
Secrétaire de rédaction: Sylvie Courboulay
Numéro ISSN: 2557-2687
Dépôt légal à parution

Crédits photos: URPS : p.1, 12
- IStock : p.1, 2, 8, 9, 10 -
Conception et Impression: humancom
1, rue Claude Matrat, 92130 Issy-les-Moulineaux