Novembre 2023
n° 1365

le Médecin de France

Le journal de la CSMF
Confédération des Syndicats Médicaux Français

29e Universités de la CSMF

La Rencontre
Alain Milon
Sénateur du Vaucluse

Brèves & Personnalités
Jean-Carles Grelier
Brigitte Autran
Aurélien Rousseau
Jean-François Thebaut

La Pratique
Assistants médicaux :
les défis et les opportunités de la formation

MACSF

oui,
avec nos conseillers non commissionnés, seul votre intérêt
compte

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

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.

Création : dps - Crédit photo : Adobe Stock - 23_270 - 04/2023

La convention, c'est reparti !

Le ministre de la Santé et de la Prévention en a fait un point fort de sa politique.

Les médecins libéraux l'attendent depuis le printemps 2021.

Les politiques aspirent à un nouvel élan de la politique conventionnelle.

Les français espèrent que celle-ci leur permettra de trouver plus facilement un médecin.

Alors, allons-y ! Comme le dit Aurélien Rousseau dans sa lettre de cadrage, mettons l'attractivité de la médecine libérale au cœur de cette convention.

Osons enfin reconnaître que la porte d'entrée dans notre système de santé est la médecine libérale. Le rôle du médecin libéral est crucial. C'est par lui que nous irons vers le virage d'une médecine préventive. C'est grâce à lui que l'on luttera contre l'engorgement des services d'urgence par une gestion des besoins en amont par son médecin libéral.

Assumons le fait que c'est en valorisant l'expertise du médecin qu'on lui permettra de s'organiser pour prendre en charge plus de patients différents.

Osons enfin, avec sérénité et responsabilité, prendre en compte la pertinence et la qualité de nos pratiques basées sur des référentiels scientifiques avérés.

Osons une convention médicale innovante qui sera la première pierre de la réforme nécessaire du pacte social qui nous unit et auquel nous sommes si profondément attachés.

La CSMF est prête à relever ce défi au service des français et de leur médecine libérale.

Dr Franck Devulder
Président de la CSMF

4 | la Rencontre
Alain Milon Sénateur du Vaucluse

6 | Brèves & Personnalités
4 personnalités
Revenus : 2022, une année en berne
Sondage : Les Français favorables à la consultation à 30 euros
Les chiffres

10 | Actualités
Convention : La négociation de la dernière chance
PLFSS 2024 : les jeux sont faits

12 | le Dossier
29e Universités de la CSMF

24 | en Pratique
Assistants médicaux :
les défis et les opportunités de la formation

25 | à Quoi ça sert ?
Article 51 : innover et expérimenter pour mieux soigner

26 | les Loisirs
À déambuler, à découvrir, à visiter

ABONNEZ VOUS
le Médecin de France
sur www.csmf.org

le Médecin de 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 1er juin 1978 • **Associés** CSMF et ACFM • **Gérant & Directeur publication** Franck Devulder • **Rédacteur en chef** Laurent Verzaux • **Rédaction** Hervé Réquillart • **Crédits photos** Cocktail Santé – Freepik • **Réalisation, Impression et Distribution** Compédit Beauregard 61600 La Ferté-Macé – Normandie • **Abonnement** 65 € par an pour 10 numéros • **Commission paritaire** 1224 G 82702 • **Dépôt légal** Novembre 2023

Les articles originaux du le Médecin de France peuvent être reproduits par tout organisme affilié à la CSMF sans autorisation spéciale, à condition de faire figurer les mentions habituelles.

la Rencontre

Alain Milon
Sénateur
du Vaucluse

« Il faut réenchanter le métier de médecin libéral »

Médecin généraliste de formation, Alain Milon a longtemps exercé à Sorgues, commune dont il fut maire durant 21 ans. Élu sénateur du Vaucluse depuis 2004, il a présidé la Commission des Affaires Sociale du Sénat de 2014 à 2020. Grand connaisseur des sujets de santé, il a pris des positions fortes durant son mandat, en faveur du mariage homosexuel, de la PMA et de la GPA. Pour *Le Médecin de France,* il commente les débats actuels sur la PPL Valletoux, le PLFSS et le chantier de la future convention médicale.

LE 25 OCTOBRE DERNIER, LE SÉNAT A MODIFIÉ EN PROFONDEUR LE CONTENU DE LA PPL VALLETOUX. ET QUOI ÉTAIT-IL NÉCESSAIRE DE REVOIR CE TEXTE ?

Votée avant l'été en première lecture par l'Assemblée Nationale, cette proposition de loi a en effet été clairement « nettoyée » lors de l'examen par le Sénat. C'était nécessaire pour la médecine libérale, car elle proposait d'accroître les contraintes et les obligations envers une profession qui souffre aujourd'hui d'un déficit d'attractivité préoccupant. Les syndicats de médecins libéraux étaient vent debout contre ce texte, et on les comprend : adopté en l'état, il reviendrait à imposer de nouvelles mesures coercitives, qui plus est inutiles et contreproductives ! Nous avons notamment supprimé l'article 3 qui prévoyait le rattachement automatique du praticien à une CPTS. Une telle mesure serait susceptible de décourager les acteurs de santé de s'engager dans ces nouvelles organisations, dont le maillage territorial progresse, et qui doivent être des appuis aux initiatives de terrain et non pas des structures administratives s'ajoutant au mille-feuille actuel. De même, nous avons revu les modalités de participation à la PDS-ES, en limitant la participation aux gardes à l'hôpital sur la base du volontariat. Croire que c'est par des décisions contraignantes que nous pourrons lutter demain contre la progression des déserts médicaux est une illusion. Au Sénat, comme à l'Assemblée Nationale, certains élus se trompent en pensant que l'accès aux soins se résoudra par la régulation à l'installation ou par l'obligation administrative. C'est pourquoi nous devons rester vigilants pour contrer l'adoption d'amendements liberticides pour la médecine de ville.

VOUS QUI ÊTES MÉDECIN ET AVEZ LONGTEMPS EXERCÉ EN TANT QUE GÉNÉRALISTE, QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR L'ÉTAT D'ESPRIT DES MÉDECINS DE VILLE ?

Ce n'est pas nouveau, mais il me semble que le diagnostic s'aggrave, au fil des tensions croissantes sur l'accès aux soins et d'épisodes sanitaires dramatiques comme la crise du Covid : ils sont épuisés par leurs semaines de travail à rallonge, par la surcharge administrative, par le stress d'une patientèle âgée et polypathologique. Et ils se sentent incompris, mal aimés, parfois désignés comme les responsables des difficultés actuelles du système de santé. C'est inconcevable, alors que leur utilité sociale n'a jamais été aussi évidente qu'aujourd'hui, quand notre modèle de société est profondément mis à mal. Plutôt que d'encadrer, d'obliger ou de complexifier leur exercice professionnel, il faut au contraire le simplifier et le soutenir en investissant dans les nouveaux modes d'organisation, plus collectifs et coopératifs, basés sur la réponse aux besoins de santé effectifs des populations dans les différents territoires. À ce titre, la négociation de la convention qui vient de s'ouvrir constitue un moment décisif : il faut parvenir à un accord, sous peine de consommer définitivement le divorce entre le corps médical et les pouvoirs publics.

LE SÉNAT A COMMENCÉ À EXAMINER, À PARTIR DU 13 NOVEMBRE, LE PLFSS 2024. QUE PENSEZ-VOUS DE CE TEXTE, DÉJÀ EN GRANDE PARTIE ACTÉ PAR LE RECOURS AU 49.3 À L'ASSEMBLÉE NATIONALE ?

D'une année sur l'autre, le même scénario se reproduit : on nous propose un texte budgétaire court-termiste, sans ambition pour la santé et qui ne répond en rien aux défis majeurs en termes d'offre de soins, de qualité des pratiques, d'organisation efficiente au service d'une population qui vieillit et d'une société qui se morcelle. Le déficit se chronicise, et il n'y a aucune réflexion en termes de réforme des recettes. Comme l'ont montré des collègues députés, le montant cumulé des exonérations représente 70 milliards d'euros, alors que le déficit est de 6 milliards d'euros. Il faut revoir le financement de la Sécurité Sociale pour dégger les investissements nécessaires et soutenir l'innovation en santé. Par ailleurs, nous attendons toujours la réforme structurelle qui permettra de redonner du sens aux métiers du soin, des perspectives de carrière attractives aux jeunes générations et des modes de prise en charge innovants. À titre personnel, je pense qu'il faut en finir avec les grandes lois de santé : j'ai participé aux travaux des lois HPST, Touraine, Buzyn, et récemment Rist… pour quels résultats ? Mieux vaut des textes ciblés sur l'hôpital d'une part et les soins de ville d'autre part.

> Nous attendons toujours la réforme structurelle qui permettra de redonner du sens aux métiers du soin

VOUS AVEZ ÉVOQUÉ L'OUVERTURE DES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES. FAUT-IL RÉINVESTIR MASSIVEMENT DANS LA MÉDECINE DE VILLE ?

L'ONDAM de ville pour 2024 est fixé à + 3,5 %. C'est un progrès mais qui n'est pas suffisant face au rythme élevé de l'inflation. L'assurance-maladie doit s'engager en faveur d'une revalorisation convenable des actes médicaux. Par ailleurs, j'estime que la convention médicale, si elle est signée, devrait faire l'objet d'un débat devant le Parlement : il serait normal que ce type d'accord, qui engage les finances publiques, puisse être examiné par les élus de la Nation. Au-delà, il faut revoir l'articulation entre le régime de base et les régimes complémentaires. Chaque année, les cotisations demandées aux assurés par les assureurs complémentaires augmentent, sans réelles contreparties en termes d'amélioration de l'accès aux soins. Or, elles ont un rôle à jouer pour contribuer à l'attractivité des professions de santé, et donc à la réduction des déserts médicaux.

Jean-Carles **Grelier**

Député de la Sarthe

Spécialiste des questions de santé à l'Assemblée Nationale, le député de la Sarthe a déposé le 7 novembre une proposition de loi baptisée « programmation en santé », et qui propose de *« porter haut une vision stratégique et politique pour notre système de santé »*. À travers 28 articles, ce texte appelle à une réforme systémique du système de santé, appuyée notamment sur une loi organique visant chaque année à définir des priorités d'action votées par le Parlement. La partie budgétaire viendrait en complément de ce plan d'actions, avec des moyens financiers en rapport avec la satisfaction de la demande de soins des Français. Une initiative intéressante, mais dont l'examen reste soumis au choix – ou non – par l'Assemblée Nationale d'ouvrir le débat.

Brigitte **Autran**

Présidente du COVARS

Le Comité de Veille et d'Anticipation des Risques Sanitaires a rendu début novembre un avis sur les enjeux médicaux, sociaux et économiques du Syndrome Post-Covid. Prenant acte de l'importance de ce « SPV », le COVARS appelle les pouvoirs publics à prendre la mesure de ce sujet de santé publique, qui a touché plus de deux millions de patients et reste insuffisamment documenté et organisé en termes de prise en charge. Il demande notamment un plan de communication, ainsi qu'une reconnaissance légale de la maladie, *via* le statut d'affection de longue durée pour les cas les plus graves.

en Brèves

REVENUS : 2022, UNE ANNÉE EN BERNE

Comme tous les ans à la même époque, la CARMF publie les revenus net 2022, sur la base des BNC déclarés au titre des cotisations à régler. Pour les 102 270 praticiens libéraux concernés, la potion est amère : la baisse est sévère par rapport à 2021, avec – 3,89 %. Compte tenu de l'inflation, la perte de pouvoir d'achat est évaluée à – 8,66 %. C'est pour les généralistes que la situation est la plus préoccupante : – 5,68 % pour le secteur 1 et – 7,02 % pour le secteur 2. Selon la CARF, cette diminution est la plus importante depuis la publication de cette étude, soit depuis près de 20 ans. Chez les spécialistes, les baisses sont de 2,93 % (secteur 1) et 2,17 %. Dans l'ordre, ce sont les cancérologues (– 7,11 %), les gynécologies médicaux (– 6,56 %) et les gynécologies obstétriciens (– 6,37 %) que la chute est la plus notable. À contrario, trois spécialités tirent leur épingle du jeu : les biologistes (+ 10,39 %), l'anatomo-cyto-pathologie (+ 7,75 %) et la radiologie (+ 1,95 %). Comme le note le président de la CARMF, Thierry Lardenois, *« on remarque que la seule progression des revenus est constatée dans les spécialités à forte tendance à la financiarisation »*.

SONDAGE : LES FRANÇAIS FAVORABLES À LA CONSULTATION À 30 EUROS

Malgré l'inflation et la crise économique, c'est une enquête qui légitime le combat tarifaire des médecins libéraux. Publié pour *Les Échos* et l'*Institut Montaigne*, un sondage Elabe indique que 64 % des Français estiment qu'une hausse d'au moins cinq euros de la consultation de base est légitime. D'autres informations sont fournies par cette enquête : près d'un français sur 2 déclare avoir un accès compliqué, long ou partiel aux services de soin et près d'un sur 10 aucun accès. À contrario, 43 % déclarent avoir un accès facile et rapide à tout

Aurélien **Rousseau**

Ministre de la Santé et de la Prévention

Le ministre de la Santé et de la Prévention a pris part au débat généré par la loi Immigration dans son volet santé. À plusieurs reprises, il a fustigé les velléités de l'opposition parlementaire de droite de supprimer l'Aide Médicale d'État, ce dispositif destiné à prendre en charge la santé des migrants et des sans-papiers sur le territoire national. Dénonçant, sur le plateau de *Quotidien*, « une profonde erreur qui confine à la faute », Aurélien Rousseau a rappelé que l'AME ne constituait en rien un dispositif d'appel à l'immigration légale. Et il a souligné que la transformation de l'AME en AMU (Aide Médicale d'Urgence) reviendrait à alourdir la charge de travail des services d'urgence.

Jean-François **Thebaut**

Vice-président de la Fédération Française des Diabétiques

Cardiologue, ancien membre de la HAS et ancien compagnon de route de la CSMF, le vice-président de la FFD s'insurge, dans le cadre du Collectif Interassociatif Cardio-Metabo-Vasculaire, contre la décision de l'État de renoncer, dans le PLFSS 2024, au remboursement de l'Activité Physique Adaptée. Prévu par voie d'amendement pour les patients atteints de cancer et de diabète, le projet a finalement été annulé pour des raisons budgétaires. L'absence d'accord avec les complémentaires santé serait à l'origine de ce retrait. Le collectif en appelle *« à l'arbitrage du Chef de l'État »*, alors que cette mesure a fait la preuve de son efficacité pour les patients éligibles.

ce dont ils ont besoin. Les difficultés d'accès aux services de soin sont plus présentes dans les communes rurales et les petites agglomérations que dans les grandes agglomérations. Pour près de 6 français sur 10, le système de santé en France fonctionne mal. 38 % considèrent qu'il fonctionne assez mal et 20 % très mal. À l'inverse, 42 % trouvent que notre système de santé fonctionne bien dont 38 % assez bien et 4 % très bien. Enfin, les Français ont une très bonne image des professionnels du secteur. C'est en particulier le cas des médecins traitants qui recueillent 91 % de satisfecit et des médecins spécialistes avec un taux de 87 % de bonnes opinions.

en Chiffres

31 %

C'est d'après l'étude CoviPrev, la part des patients ayant eu des symptômes de type Covid depuis le début de l'année, et qui n'ont pas effectué de test pour vérifier leur statut sérologique.

30 euros

C'est le montant envisagé par la DGOS pour la consultation de prévention aux âges-clés de la vie, alors que ce tarif devrait être négocié dans le cadre de la prochaine convention médicale.

1 %

C'est, selon la DREES, la progression – très modérée – du nombre d'inscrits en 2022 aux formations de professionnels de santé. En 2021, ce taux avait augmenté de 5 %.

Christophe Sadoine

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

CAHPP

L'indice vert, un outil au service de l'achat durable

Depuis 2012, CAHPP réalise chaque année son Indice Vert, qui permet de mesurer la démarche d'engagement des fournisseurs de biens et services en matière de développement durable, dans le secteur des établissements privés de santé.

Le 28 septembre dernier, à l'occasion de sa Journée des Partenaires organisée à Paris, **CAHPP** dévoilait les résultats de la nouvelle édition de son Indice Vert. Pionnier dans l'intégration des enjeux environnementaux dans sa politique d'achat, **CAHPP** mène cette initiative depuis 2012. Premier et unique baromètre visant à évaluer la stratégie de développement durable de ses fournisseurs référencés, l'Indice Vert s'appuie, de façon contractuelle et sur preuves, sur les déclarations d'engagement portées par les partenaires. 12 secteurs d'activités sont analysés, à partir d'un tronc commun et de référentiels spécifiques à chacun : biomédical, hygiène et désinfection, prestations de services, dispositifs médicaux, dispositifs médicaux implantables, pharmacie, handicap, économat, ligatures et sutures, ressources humaines, équipement et restauration. En référence aux sept piliers de la norme ISO 26000, qui dresse les axes à privilégier en matière de développement durable, près de 40 questions sont posées aux entreprises. Chaque question fait l'objet d'éléments attendus, avec des pièces justificatives requises dans certains cas.

CINQ NIVEAUX DE LABEL

« Plusieurs thématiques sont ciblées à l'aide du questionnaire, indique Isabelle Hamelin, directrice communication, relations publiques et RSE de **CAHPP.** *L'objectif est notamment d'évaluer l'engagement de la direction en matière de développement durable, la politique d'achats, l'écoconception des produits, la gestion des déchets, ou encore les pratiques de commandes et de distribution ».* Analysées par les experts de **CAHPP** mais également par des technologies d'IA, les réponses sont passées au crible d'une grille de notation, aboutissant à l'élaboration d'une note sur 100. Les entreprises sont classées selon cinq niveaux de label en fonction de la note finale, allant de C (0/100) pour les entreprises non participantes à A++ (de 80 à 100/100) pour les mieux notées. *« En 2023, sur les 496 fournisseurs référencés, 366 ont joué le jeu,* précise Isabelle Hamelin. *Le niveau de participation progresse d'année en année, avec des résultats moyens qui s'améliorent de façon constante, ce qui atteste de la maturité croissante de nos fournisseurs en termes d'engagement en faveur d'une santé plus durable ».*

UN OUTIL PRÉCIEUX POUR LES ACHETEURS

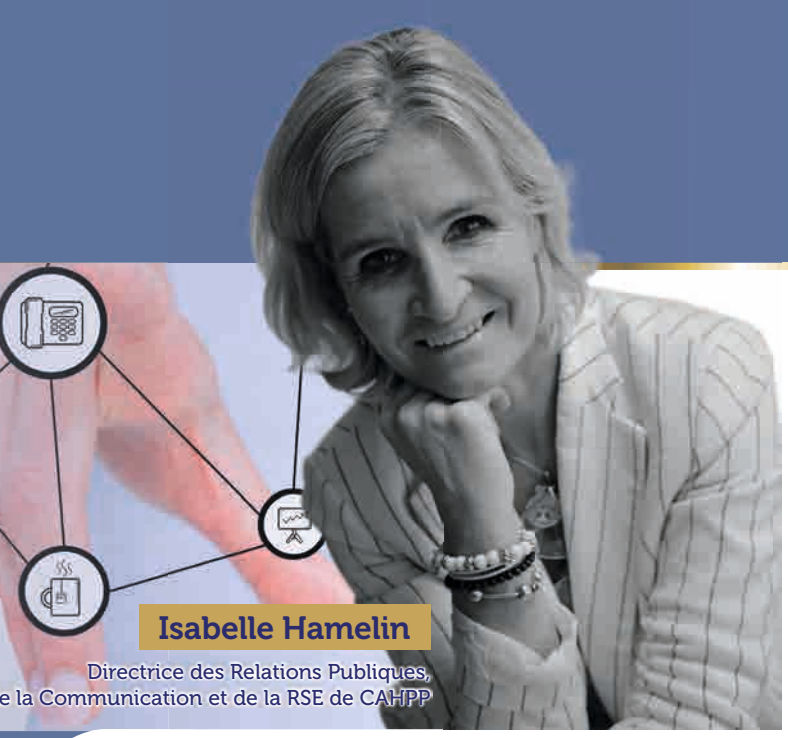
66 entreprises ont obtenu le label A++ en 2023, et plus de 74 le label A+. Au total, le label A regroupe 40 % des fournisseurs référencés auprès de **CAHPP.** *« Pour les entreprises concernées, cette évaluation externe, complémentaire aux autres labels et certifications, devient un outil précieux de différenciation et de valorisation commerciale,* ajoute Isabelle Hamelin. *Et pour nos adhérents, c'est un atout majeur pour répondre aux normes et certifications de plus en plus exigeantes en matière de développement durable et se mettre en conformité avec les enjeux de certification portés par la Haute Autorité de Santé ».* Une fois par an, **CAHPP** propose aux adhérents de connaître la « coloration » de leurs achats, en fonction de la composition de leur catalogue de prestations consommées.

OBJECTIF CERTIFICATION

À l'avenir, **CAHPP** va renforcer ses initiatives en faveur du développement durable. *« 24 % des fournisseurs n'ont pas répondu cette année, c'est encore trop,* souligne Isabelle Hamelin. *Pour 2025, note ambition est de parvenir à 100 % de répondants ».* Les parties prenantes seront accompagnées dans cette démarche grâce à la diffusion de webinaires mensuels. Chaque prestataire devra signer une Charte des Achats Responsables et s'engager sur la voie d'un Indice Vert Certifié, passant notamment par des contrôles sur site des éléments de preuve. Une nouvelle plateforme d'hébergement sera mise en ligne. Enfin, un pré-référencement sera systématiquement demandé à tout nouveau prestataire de **CAHPP.**

CAHPP
Conseil et Référencement

INDICE VERT 2023



Isabelle Hamelin

Directrice des Relations Publiques,
e la Communication et de la RSE de CAHPP

À PROPOS DE CAHPP

En 1972, la Centrale de l'Hospitalisation Privée et Publique a été créée sous l'impulsion d'établissements de santé du Nord de la France qui avaient pour objectif de se « grouper pour être plus forts » afin de faire entendre leur voix auprès des institutionnels, des industriels et des parties prenantes. C'est la 1re et seule société de conseil et référencement en Santé à être certifiée AFAQ FOCUS RSE Achats Responsables Niveau Confirmé. En 2016, la Centrale d'Achats de l'Hospitalisation Privée et Publique (C.A.H.P.P.) devient la marque **CAHPP.**

Depuis 2021, elle est présidée par Christophe Sadoine. Très impliqué dans le champ du développement durable, il a, dès sa désignation en tant que P-DG de **CAHPP,** signé la Charte RFAR, qui engage **CAHPP** dans une démarche RSE transversale, renforcée et opérationnelle.

LES 10 ATOUTS DE L'INDICE VERT

1 – **Il s'inscrit dans une démarche qualité.** L'Indice Vert n'est pas « déclaratif » et s'intègre dans une démarche de progression transversale et continue qui intègre toutes les parties prenantes.

2 – **Il répond aux relations clients-fournisseurs.** Il permet aux deux parties de se situer en termes de maturité sur les enjeux de développement durable, en phase avec les référentiels ISO et HAS.

3 – **Il s'inscrit dans une réalité objective.** Des vérifications inopinées *in situ* peuvent être effectuées pour vérifier les éléments et preuves apportées.

4 – **Il est indépendant.** Des évaluateurs expérimentés s'appuient sur une méthodologie en constante évolution depuis 12 ans.

5 – **Il entre dans le cadre d'une « bienveillance » commerciale.** Totalement gratuit, il permet aux fournisseurs et acheteurs de partager la même philosophie en matière d'achat durable.

6 – **Il engage dans la démarche RFAR.** Cette charte Relations Fournisseurs Acheteurs Responsables, créée en 2010 et devenue un label, porte 10 engagements-clé pour développer la démarche.

7 – **Il répond aux objectifs de performance des fournisseurs.** Ciblé sur les pratiques, les éléments techniques et les axes de progrès, l'Indice Vert est le reflet des efforts de performance engagés par les fournisseurs.

8 – **Il dépasse le champ de l'hexagone.** À vocation opérationnelle, l'Indice Vert permet d'interroger ses pratiques de conception et de production, quelles que soient leurs origines géographiques.

9 – **Il est transversal.** Toute la chaîne de valeur des produits et services est concernée, entraînant des effets vertueux dans les relations avec les fournisseurs et sous-traitants.

10 – **Il n'interfère pas avec les autres labels et certifications.** Toutes les contraintes inhérentes à l'achat responsable sont prises en compte, dont les éléments et preuves attendues dans le cadre des autres labels.

CAHPP en chiffres

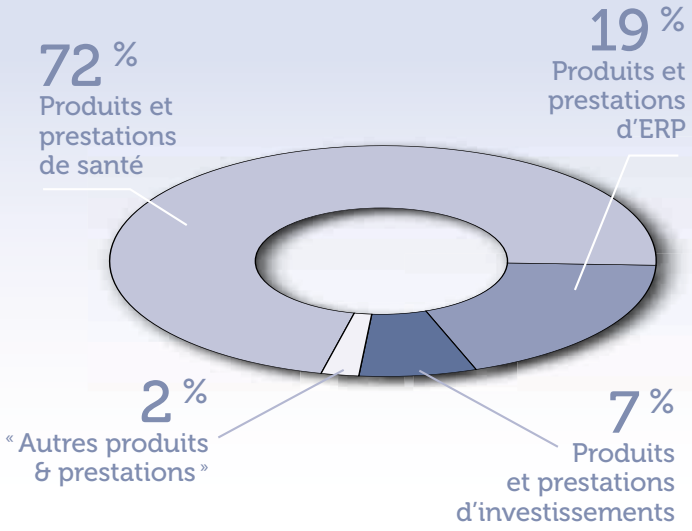
4 012
Structures adhérentes

217 018
Lits

695
Actionnaires

Plus de **20**
Fédérations et syndicats professionnels partenaires

La répartition du Chiffre d'Affaires



Convention : La négociation de la dernière chance

Depuis le 15 novembre, assurance-maladie et représentants des syndicats médicaux se retrouvent pour tenter de négocier une nouvelle convention médicale et en finir avec le Règlement arbitral. Tous veulent aboutir… mais les discussions s'annoncent difficiles.

Après plusieurs semaines d'atermoiement, cette fois ça y est : la valse des négociations pour la convention médicale est enfin lancée depuis le 15 novembre. Une première réunion en plénière, après des bilatérales organisées la dernière semaine d'octobre, et qui a permis de rappeler la méthode de travail, les objectifs à poursuivre et le calendrier des rencontres en fonction des thématiques à aborder. L'ouverture du chantier conventionnel restait conditionnée au vote de l'UNCAM, qui s'est prononcé sur la lettre de cadrage ministériel diffusée mi-octobre. Par dix voix pour (Medef, CPSTI, CCMSA), une contre (CGT), quatre prises d'actes (CGT-FO, CFE-CGC, CFTC) et trois abstentions (CFDT, U2P). Ce vote positif, de bon augure, démontre la volonté des partenaires sociaux que la discussion aboutisse, contrairement au printemps dernier. De fait, le président de l'UNCAM, Fabrice Gombert (CFDT), a acté dans un communiqué les quatre axes précisés dans la lettre de cadrage : « améliorer l'accès aux soins territorial et financier » ; « soutenir l'attractivité de la médecine libérale » ; « renforcer la qualité et la pertinence des soins » et « simplifier les modes de rémunération ».

ENCOURAGER LA PLURIPROFESSIONNALITÉ

Ce « go » n'est néanmoins pas sans conditions. L'UNCAM appelle les parties prenantes à *« trouver un juste équilibre entre les revendications tarifaires et les besoins exprimés par les assurés »*. Elle regrette l'abandon des engagements territoriaux contenus dans la lettre de cadrage de l'an dernier (retrait du CET). Et elle souhaite que les nouvelles règles tarifaires permettent *« d'encourager la pluriprofessionnalité et la coordination »*, qui selon elle restent les meilleurs vecteurs pour lutter contre les déserts médicaux.

LE C À 30 EUROS AU CENTRE DU DÉBAT

Le vote de l'UNCAM n'engage que ses représentants, puisque l'instance n'a pas réelle voix au chapitre sur le déroulé des négociations. Reste que sa position est plutôt en phase avec les intentions affichées par le DG de la CNAM, Thomas Fatome, et son adjointe, Marguerite Cazeneuve. À l'occasion des bilatérales, les présidents de syndicats ont salué la cordialité des échanges et la volonté affichée de trouver un accord à terme. De fait, la CNAM a accepté de revoir sa façon de mener les réunions : plus de tableaux Excel illisibles diffusées la veille des rencontres, le souhait d'aborder rapidement *« les sujets qui fâchent »* (comme la valeur des honoraires), et la réduction des objectifs à atteindre afin de simplifier les négociations et pouvoir s'entendre sur l'essentiel. On notera également l'interview accordée par le ministre de la Santé et de la Prévention, le 17 octobre, au *Quotidien du Médecin*. Aurélien Rousseau, tout en rejetant nettement l'hypothèse d'un C à 50 euros, reconnaît que la fixation de l'acte de consultation à 30 euros est « centrale »… sans accepter d'en faire un fait acquis avant l'issue de la négociation. Il insiste également sur la nécessité de revaloriser la place du médecin traitant, de réduire les inégalités entre les spécialités et de développer la part des forfaits et d'une forme de rémunération « populationnelle », visant à récompenser les praticiens qui améliorent leur file active.

DES MOYENS INSUFFISANTS ?

Quoi qu'il en soit, et en dépit des meilleures intentions affichées, rien ne garantit le résultat heureux de ce nouveau marathon conventionnel. D'abord parce que le budget pour 2024 n'apparaît pas suffisant pour répondre aux demandes des syndicats médicaux. Certes, l'ONDAM de ville est en hausse de 3,5 %, un différentiel favorable par rapport à celui de l'hôpital et c'est un fait qu'il faut saluer. Cependant, la somme disponible est à partager entre l'ensemble des professions sous convention. Or, l'assurance-maladie a signé pas moins de huit accords conventionnels en 2023, avec des impacts

budgétaires qui viendront grever le montant de l'enveloppe. En parallèle des médecins, les pharmaciens vont entrer en discussion pour négocier l'avenant économique de leur convention. Là encore, il faudra en tenir compte dans la répartition des moyens financiers.

NE PAS OUBLIER LES SPÉCIALISTES

Ensuite, au-delà de la rémunération de l'acte, bien des points devront être éclaircis. La CNAM entend revaloriser le rôle du médecin traitant : sous quelles modalités, et contre quelles contreparties ? Si elle espère l'assortir d'obligations similaires au contrat d'engagement territorial, ce sera non. De même, elle n'a jamais caché sa volonté d'augmenter la part de rémunération forfaitaire des médecins libéraux. La CSMF n'y est pas foncièrement défavorable, à la condition que le paiement à l'acte reste largement la norme. De même, la centrale polycatégorielle attend que les spécialistes ne soient pas les oubliés de cette négociation, avec des avancées sur le coût de la pratique, la hiérarchisation des consultations et la valorisation des actes cliniques.

PERTINENCE DES SOINS : À QUEL PRIX ?

Enfin, un nouveau sujet s'impose avec insistance dans le cadre de cette négociation : la pertinence des actes et des prescriptions. Le *« deal »* tacite se profile : en échange de revalorisations, les médecins libéraux devront s'engager à réduire le coût moyen de leurs ordonnances, dans un pays qui reste très consommateur en médicaments. La CSMF n'y est pas opposé par principe… sauf que le projet fait penser aux heures sombres du Plan Juppé, quand l'exécutif voulait imposer une enveloppe opposable, avec reversements en cas de dépassement par la profession. Inutile de dire que la CSMF ne signera pas un tel dispositif, qu'elle avait combattu avec succès il y a presque trente ans.

PLFSS 2024 : les jeux sont faits

Adopté en première lecture après le 49,3, les grandes lignes du PLFSS sont désormais connues. L'ONDAM à + 3,2 % reste en dessous de la tendance naturelle des dépenses.

Après le rejet de la motion de censure demandée par le groupe LFI, le 4 novembre dernier, le PLFSS 2024 était considéré comme adopté en 1re lecture à l'Assemblée Nationale, après la décision d'Élisabeth Borne de recourir au 49,3. Si le Sénat peut, bien sûr, modifier le texte en première lecture, ses propositions ne modifieront qu'à la marge la version finale du texte. En tous les cas, les arbitrages budgétaires ne bougeront pas : l'ONDAM sera fixé à 254,9 milliards d'euros, soit une progression de 3,2 %. C'est plus que l'an dernier et supérieur d'un point à l'inflation attendue l'an prochain (+ 2,5 %), mais inférieur d eplus d'un point à la tendance naturelle des dépenses (+ 4,6 %). L'effort de maîtrise budgétaire porte donc sur 4,1 milliards d'euros, obtenus grâce à un plan d'économies de 3,5 milliards d'euros et 900 millions d'euros programmés au titre de la maîtrise médicalisée et de la lutte contre la fraude.

> « … le PLFSS 2024 était considéré comme adopté en 1re lecture à l'Assemblée Nationale, après la décision d'Élisabeth Borne de recourir au 49,3…

3,3 MILLIARDS D'EUROS EN VILLE

Le différentiel entre l'ONDAM de ville (+ 3,5 %) et l'ONDAM Hospitalier (+ 3,2 %) se traduit par une enveloppe de + 3,3 milliards d'euros pour les soins de ville et de + 3,1 milliards d'euros pour les établissements de santé. En ambulatoire, cette somme devra être partagée entre les différents postes de dépenses à prévoir l'an prochain : le règlement arbitral et les impacts budgétaires d'un éventuel accord conventionnel (qui ne jouerait au mieux qu'à partir de septembre en raison du délai de six mois avant traduction effective d'une hausse des tarifs), les revalorisations prévues par les avenants conclus avec les professionnels paramédicaux pour compenser l'inflation et la montée en charge de l'avenant 11 avec les transporteurs sanitaires.

PRÉVENTION : UN CHANTIER À PETITS PAS

Côté mesures, le PLFSS 2024 se caractérise par l'absence d'innovation. Quelques décisions sont prises en matière de santé publique : le remboursement des préservatifs sans prescription pour les moins de 26 ans est ainsi acté, aux côtés des protections menstruelles réutilisables et du déploiement de la campagne de vaccination HPV dans les collèges. Nouveauté incluse dans le texte sur lequel le gouvernement a engagé sa responsabilité : un article met en place le remboursement à 100 % de fauteuils roulants. Pour le reste, la prévention, grand chantier annoncé du quinquennat, n'avance pas beaucoup : Aurélien Rousseau s'est fait « chahuter » durant les débats pour la modification des consultations aux âges-clé de la vie. Elles seront désormais à 18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et une quatrième tranche est ajoutée à 70-75 ans. Surtout, le Ministre a annoncé que les tarifs de ces consultations seraient fixés par arrêté, au lieu d'être négociés dans le cadre de la convention médicale. Autant dire qu'un nouveau front de contestation s'annonce avec les médecins pour l'an prochain.

29e Universités de la CSMF

Financiarisation de la médecine libérale : un virage dangereux ?

À Arcachon, du 6 au 8 octobre, les cadres de la CSMF étaient conviés, aux côtés de personnalités du monde de la santé et de confrères venus de la France entière, pour échanger sur un thème d'actualité : la menace de la financiarisation dans le champ de la santé. Un risque majeur pour l'indépendance professionnelle des cabinets médicaux et des entreprises médicales libérales.

Du 6 au 8 octobre dernier, la CSMF tenait, à Arcachon, sa 29e édition des Universités d'été. Un événement incontournable, à chaque rentrée scolaire, imaginé en son temps par Claude Maffioli, à l'époque président de la confédération. Cette année, près de 200 participants se sont retrouvés sur les bords du bassin d'Arcachon, à l'occasion d'une session consacrée au thème : « Financiarisation de la médecine libérale : un virage dangereux ? » Arrêté plus d'un an plus tôt, le sujet est en écho des préoccupations affichées par certains acteurs institutionnels du monde de la santé. En juillet dernier, la CNAM l'abordait même pour la première fois dans son rapport Charges et Produits. Estimant « complexe et mal connu » le phénomène de financiarisation de la santé, le document s'attache d'abord à définir le phénomène comme *« un processus par lequel des acteurs privés, non directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, vont rentrer dans le secteur des soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi »*. Il décrit ensuite le scénario observé dans le champ de biologie médicale : les besoins d'investissement, ces vingt dernières années, ont abouti à un assouplissement croissant des règles de protection du capital. Les investisseurs privés en ont profité pour acquérir peu à peu le capital des laboratoires de biologie, jusqu'à constituer aujourd'hui un conglomérat de six groupes, représentant 60 % de l'offre de biologie privée.

> **Les investisseurs privés en ont profité pour acquérir peu à peu le capital des laboratoires de biologie, jusqu'à constituer aujourd'hui un conglomérat de six groupes, représentant 60 % de l'offre de biologie privée.**

BIOLOGIE : VERS UNE BULLE SPÉCULATIVE ?

La crise Covid, opportunité inédite pour le secteur, a illustré les dangers de cette situation : la très forte hausse du chiffre d'affaires de la biologie a permis aux investisseurs de rembourser leur dette en quelques mois. Et le marché s'est

déréglé, avec la sortie sur-valorisée de quelques investisseurs. Dans son rapport, la CNAM met en garde : *« la déconnexion entre les valeurs de marché des groupes et leur valeur réelle, associée à un taux d'endettement très important, fait craindre le risque d'un éclatement de ce qui s'apparente à une bulle spéculative »*. La biologie est-elle une exception, dans le champ hyper-régulé de l'offre de soins ? Oui, mais… estime la CNAM, en évoquant la situation actuelle de la radiologie. Selon son analyse, le secteur est exposé à la financiarisation, en raison de besoins croissants en termes d'investissement (équipement, IA…). Pour autant, des garde-fous existent, les praticiens tirant les leçons de la biologie et s'organisant entre eux pour mutualiser ressources et compétences. La CNAM appelle néanmoins à la vigilance, car les sommes très élevées proposées aux praticiens pour racheter leurs parts peuvent être difficiles à maîtriser. Autre point d'attention : le rapport Charges et Produits titre l'un de ses passages sur le thème « soins de proximité, le prochain terrain de financiarisation ? » Si le champ parait moins « fertile » pour les investisseurs (secteur peu technologique, besoins d'investissements moins importants, gains d'efficience *via* la concentration potentiellement limités…), certains exemples étrangers (Suède, Pays-Bas, Royaume-Uni, et surtout MVZ en Allemagne) appellent à la prudence. Dans ces pays, les centres de soins primaires à but lucratif se multiplient, avec à la clé la montée de capitaux extérieurs au monde de la santé.

> **… les besoins en investissements s'annoncent cruciaux dans les années à venir.**

UNE ORDONNANCE… ET APRÈS ?

Cette analyse de la CNAM, la première du genre en France, témoigne de l'intérêt du thème mis en avant pour ces universités. À travers plusieurs interventions, experts, personnalités du monde de la santé, élus politiques et cadres du syndicat ont partagé leurs constats, leurs inquiétudes, mais aussi leurs solutions. De ces échanges, il ressort un fait probant : en France, la nécessité de l'indépendance professionnelle pour les soignants reste un point de consensus. Et la législation du pays entend veiller au grain, comme en témoigne l'ordonnance du 17 février relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées. Pour autant, et comme toujours lorsqu'il faut encadrer en France, les textes sont rarement complets : il manque toujours telle ou telle décision… là où des brèches pourraient s'ouvrir pour des « profiteurs ». Dans le cas de cette ordonnance, la question des actions de préférence, qui permettent à certains investisseurs de capter les droits de vote et de prendre le contrôle des sociétés, n'est pas réglée. Par ailleurs, les débats ont posé une autre réalité : dans un secteur « sous-staffé », sous équipé, sous financé, où la structuration des entreprises reste encore à parfaire, les besoins en investissements s'annoncent cruciaux dans les années à venir. Si les plateaux techniques sont rompus à l'exercice, la part des revenus dédiée à l'achat d'équipement va nécessairement croître de façon exponentielle. Les progrès technologiques,

thérapeutiques et numériques exigent des moyens plus importants : et les médecins doivent à leurs patients de s'organiser pour leur offrir le meilleur des soins possibles.

DES BESOINS CROISSANTS D'INVESTISSEMENT

C'est le cas pour le soin, bien sûr, mais aussi pour le dépistage, fondé sur des examens de biologie de plus en plus précis et performants, sur de l'imagerie médicale de dernière génération et sur des équipements de diagnostic de plus en plus pointus, de plus en plus miniaturisés, de moins en moins invasifs et de plus en plus associés à des technologies d'IA. À ces coûts croissants s'ajoute également un autre impératif : les entreprises médicales doivent investir pour stocker, analyser et valoriser la data produite par ces technologies. À défaut, c'est tout un pan de la future valeur des actes médicaux qui risque de leur échapper, au profit de méga-entreprises exploitant – en France, mais surtout à l'étranger – des *data centers* à très fort potentiel commercial.

> **... « tout sera fait pour faire évoluer l'ordonnance de février 2023, afin que les médecins puissent avoir la garantie de disposer d'un capital social consolidé, à l'abri d'actionnaires seulement préoccupés par la rentabilité à court terme. »**

PREMIER RECOURS : ATTENTION DANGER !

Comme l'ont rappelé les invités de l'Université, les défis organisationnels posés par l'accès aux soins présentent également une part de risque pour les acteurs du premier recours. Bien entendu, le « segment de marché » paraît moins profitable que ceux de la biologie, de la radiologie et de l'anatomo-cytopathologie. Pour autant, la santé présente un profil de risque idéal pour un investisseur : les revenus sont garantis car solvabilisés par l'assurance-maladie, le volume d'activité s'annonce mathématiquement croissant avec le vieillissement et l'avènement des pathologies chroniques, le besoin de regroupement des professionnels de santé offre des opportunités de financement… et la faible appétence des professionnels de santé pour la gestion d'entreprise peut faciliter la mainmise d'acteurs financiers sur les entreprises médicales libérales.

POUR UN CAPITALISME ÉTHIQUE

Que faire pour résister et préserver l'indépendance professionnelle ? Des solutions existent, évoquées par certains intervenants. Le directeur-adjoint de Docaposte, Dominique Pon, appelle les décideurs sanitaires à promouvoir *« une forme de RGPD du patrimoine sanitaire »*, protégeant les professionnels contre la prédation des fonds financiers agressifs. Directrice déléguée de la CNAM, Marguerite Cazeneuve recommande la création *« d'une task force »* au niveau de l'État et estime également qu'il faut *« mieux évaluer les besoins en investissement des entreprises de santé, dans l'objectif d'adapter les tarifs et faciliter les capacités d'auto-financement »*. Si les décideurs s'en préoccupent, les médecins, eux, agissent pour protéger leur outil de travail. *« La profession doit mutualiser ses moyens, ses expériences, ses savoir-faire et ses compétences pour pérenniser son indépendance financière. Cette nécessaire restructuration de notre réseau doit nous permettre de relever des défis démographiques, économiques et technologiques. Elle doit surtout reposer sur un projet médical ambitieux qui répondra aux besoins de santé du territoire »*, rappelle Laurent Verzaux, directeur général du Groupe Vidi.

DES PARTENAIRES EN SOUTIEN

L'Ordre des médecins n'est pas en reste, comme l'exprime son président, François Arnault. *« Nous pourrons refuser d'inscrire au tableau des associés de SEL qui menaceraient l'indépendance des structures d'exercice libéral, mais aussi les radier si nous constatons des évolutions compromettant l'indépendance professionnelle et la qualité des soins »*, affirme-t-il. Aux côtés du corps médical, des partenaires de longue date s'investissent également pour aider les médecins à se protéger. Associée du cabinet d'avocats Aubert, Marie-Christine Deluc l'indique clairement : *« tout sera fait pour faire évoluer l'ordonnance de février 2023, afin que les médecins puissent avoir la garantie de disposer d'un capital social consolidé, à l'abri d'actionnaires seulement préoccupés par la rentabilité à court terme »*. Enfin, les sociétés de financement partenaires traditionnels des cabinets médicaux évoquent d'autres solutions : les besoins en investissement peuvent – et doivent –provenir d'opérateurs respectueux de la liberté d'exercice médical. Comme le souligne Olivier Mercier, président du directoire d'Interfimo, *« Il faut hybrider les solutions de financement, au-delà de la dette bancaire, pour permettre aux médecins libéraux de développer leur activité et de garder la maîtrise de leur outil de travail »*. Un impératif qui dépend d'une autre actualité brûlante, là aussi au cœur des 29e Universités : la signature espérée d'un accord conventionnel avec des revalorisations tarifaires à la hauteur de leurs besoins.

Rentrée sociale : des attentes… et des promesses

Le 6 octobre, en ouverture des Universités, Franck Devulder a interpellé avec force le ministre de la Santé et de la Prévention, Aurélien Rousseau, qui avait fait le déplacement jusqu'à Arcachon. Sans s'engager concrètement, ce dernier a rappelé son principal motif de préoccupation ; parvenir à un accord conventionnel avec les médecins libéraux.

Aurélien Rousseau

Offensif, déterminé, précis et prospectif… le discours d'ouverture du président de la CSMF a donné le ton : les médecins libéraux attendent un virage politique clair en cette rentrée sociale, après l'échec de la négociation conventionnelle au printemps dernier. *« Les gouvernements successifs n'ont eu de cesse d'entretenir un déséquilibre en défaveur de la médecine libérale, cette médecine libérale qui assume 8 consultations sur 10 et 60 à 80 % de l'activité technique selon les spécialités,* rappelait-il. *Le Ségur de la Santé en a été la démonstration provocante alors qu'il eut fallu tout faire pour maintenir un équilibre rationnel entre les libéraux et les hospitaliers. La complémentarité des exercices est pour moi une évidence. Ne pas investir sur la médecine de ville est à mes yeux illégitime et sans doute une faute. »* Après une première salve sans concession sur le bilan critique de la situation, Franck Devulder a souligné les attentes non négociables de la CSMF : la valorisation de l'expertise médicale, d'abord, *« à 30 et 60 euros »* minimum pour les deux premiers niveaux de consultation, le rattrapage des actes techniques *« gelés depuis 30 ans pour certains »*, la revalorisation du forfait patientèle médecin traitant, la création d'un forfait *« file active »* pour les autres spécialités, la valorisation de l'engagement territorial des médecins libéraux (permanence des soins, consultations secondaires…)… Le programme de la CSMF est connu du Ministre, qui n'y a pas répondu pour autant point par point.

OUVERT… MAIS ÉVASIF

En réponse, Aurélien Rousseau a d'abord réagi sur l'interpellation du président de la CSMF, lui rappelant sa responsabilité vis-à-vis des Français : *« si les politiques doivent des comptes aux citoyens, les jeunes médecins ont aussi leur part à prendre, quand la psychiatrie sort en dernier du concours de l'internat et la chirurgie esthétique en tête. »*. Après ce *« tacle »*, suscitant des remous désapprobateurs dans la salle, le Ministre est revenu à un ton plus constructif. Considérant que *« les médecins ne sont pour rien dans le contexte actuel de pénurie médicale »*, il a rappelé qu'il s'opposerait à toute forme de coercition à l'installation. Sur la convention médicale, il a répété ce qu'il disait déjà début septembre : *« l'acte de base à 26,50 euros n'est qu'un passage transitoire et non un point d'arrivée »*. Mais il n'est pas allé plus loin, ni sur le montant, ni sur le calendrier envisagé. Sur le partage des tâches et l'accès direct pour certaines professions, il a voulu rassurer son auditoire : *« penser que l'accès direct donné aux paramédicaux nous sortira des difficultés est une fausse promesse, un mirage et je ne poursuivrai pas sur ce chemin »*, a-t-il martelé.

> **… Ne pas investir sur la médecine de ville est à mes yeux illégitime et sans doute une faute.**

THOMAS FATOME FACE AUX CADRES DE LA CSMF

Après cet échange de plus d'une heure avec Franck Devulder et quelques cadres de la CSMF, ce fut au tour du patron de la CNAM, Thomas Fatome, de « passer sur le grill » de l'auditoire. En dépit d'un "timing" un peu précoce, à défaut de lettre de cadrage et de calendrier officiel pour les négociations, il s'est montré ouvert au dialogue, déterminé à parvenir un accord, prêt à réviser la méthode et à simplifier les objectifs poursuivis pour la prochaine convention médicale… sans pour autant, bien sûr, dévoiler ses cartes. Si l'état d'esprit avait clairement évolué, par rapport aux tensions et crispations du printemps, l'heure n'était pas encore aux échanges sur le fond. D'autant que, le 6 octobre, tous restaient suspendus à une inconnue : la grève du 13 octobre allait-elle témoigner de la mobilisation du corps médical ? Depuis, le succès du mouvement a fait bouger les lignes. Et la négociation conventionnelle a officiellement démarré mi-novembre.

Investissement et liberté d'exercice : une contradiction ?

Est-il possible de rester indépendant tout en s'engageant dans une politique dynamique d'investissement pour son entreprise médicale ? Tel était le thème de la première table ronde, avec le concours de trois personnalités du secteur.

La financiarisation du secteur de la santé constitue l'une des principales menaces pour l'indépendance professionnelle des médecins… et donc la liberté d'exercice. Le constat étant posé, comment organiser la profession pour s'en prémunir ? Et peut-on résister aux sirènes de fonds de pension, quand il faut aujourd'hui investir massivement dans les technologies et équipement d'avenir ? **Oui, à la condition de placer les bornes nécessaires, sensibiliser et former des médecins parfois éloignés des pratiques de l'entreprise et soutenir le mouvement en faveur de fonds éthiques respectueux de l'outil de travail médical. C'est le point de vue partagé des trois personnalités réunies par la CSMF.**

BIOLOGISTES : S'EN INSPIRER POUR MAÎTRISER

Président du Syndicat des Biologistes, François Blanchecotte sait de quoi il parle, dans un secteur déjà soumis à la concentration des entreprises et à la détention des capitaux entre les mains de groupes financiers extérieurs au monde de la santé. *« Face aux besoins majeurs d'investissement des 30 dernières années, il était inévitable de devoir faire appel à des acteurs financiers spécialisés,* remarque-t-il. *La législation a tenté de limiter les risques, en bloquant à 25 % les parts de capital détenues par des personnes physiques ou morales extérieures à la profession de biologiste. Mais, au fil des années, le cadre juridique a pu être habilement détourné. Aujourd'hui, la majorité des laboratoires appartiennent à sept groupes capitalistiques, d'abord préoccupés par la rentabilité à court terme. »* Il se félicite néanmoins qu'une nouvelle ordonnance ait été publiée le 17 février dernier, visant à préserver le contrôle des entreprises au profit des personnels de santé. *« À défaut, le risque est d'évoluer vers un salariat total, avec la disparition progressive de la biologie de proximité. »*

UN RGPD DU PATRIMOINE SANITAIRE

Aujourd'hui directeur adjoint de Docaposte, Dominique Pon a longtemps dirigé la Clinique Pasteur à Toulouse, un modèle d'entreprise de santé contrôlé uniquement par des médecins associés. Partisan d'un capitalisme humaniste, il fustige *« l'extrême candeur des pouvoirs publics »*. À défaut d'encadrer, ils laissent partir des pans entiers de notre patrimoine santé à l'étranger, déplore-t-il. Quand un groupe financier rachète une clinique, il veut une rentabilité à court terme, quitte à vendre de l'immobilier et à licencier du personnel pour une plus grande profitabilité pour le jour de la revente. Or, ce capital, c'est en fait celui de la Sécu, et donc des Français, qui part hors de nos frontières. *« Pour lui, il faut agir vite, en créant une forme de RGPD des activités de santé et en confiant les rênes à des entrepreneurs éthiques. »*

POUR UNE *TASK FORCE* DÉDIÉE

Directrice déléguée de la CNAM, Marguerite Cazeneuve partage ces inquiétudes et souligne les travaux menés cette année par la CNAM et Sciences-Po, rendus publics dans le dernier rapport Charges et Produits. *« Il faut d'abord bien comprendre et analyser le phénomène, longtemps passé sous les radars des pouvoirs publics, en s'appuyant sur des spécialistes des LBO et des marchés financiers,* indique-t-elle. *L'ordonnance de février offre un premier niveau de protection, mais il faut aller plus loin en mobilisant l'investissement public et l'apport de fonds de* private equity. » Elle appelle cependant à un point de vigilance : *« aujourd'hui, personne n'est capable d'évaluer les besoins actuels et futurs en matière d'équipements des entreprises de santé, et donc la politique des prix qui doit en découler. Il faut donc travailler sur la définition de valeur pour permettre des investissements éclairés et l'établissement de leurs besoins en capital. »* Elle appelle notamment à la création *« d'une* Task Force, *un groupe d'experts représentatif et capable d'établir une doctrine et des actions opérationnelles destinées à protéger notre patrimoine sanitaire. »*

François Blanchecotte

Financiarisation : une menace sous contrôle ?

La financiarisation croissante du secteur de la santé interroge le devenir de la médecine libérale, mais aussi la qualité des soins proposés aux Français. La situation exige des réponses juridiques, économiques et politiques.

Affaiblie par des revenus inversement proportionnels à ses besoins de financement, la médecine libérale est devenue la proie des financiers, attirés par un « marché » solvabilisé par la dépense publique. Anatomo-cyto-pathologie et radiologie en tête, toutes les spécialités médicales sont désormais menacées par ce phénomène qui gangrène le secteur de la biologie médicale depuis plusieurs années. Profond et durable, le mal se répand également dans les cliniques privées. Cible privilégiée des fonds de pension, le monde médical ne détient pas pour autant le monopole de la financiarisation. *« Des pans entiers de la protection sociale sont déjà financiarisés. Les dérives qui en découlent reflètent les motivations réelles des acteurs concernés. Le scandale Orpéa et celui plus récent des crèches privées en sont la parfaite illustration »*, relève Éric Chenut, président de la Mutualité Française. Selon lui, cette situation est en partie liée au manque de concertation sur les choix politiques effectués, notamment en matière de financement et de régulation.

UN PREMIER PAS…

Les experts réunis par la CSMF sont catégoriques : le droit positif sera le meilleur rempart contre la financiarisation. Publiée en février dernier, l'ordonnance relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées clarifie certaines choses, mais elle ne règle pas les problèmes de fond. *« C'est une compilation des textes préexistants. Les actions de préférence, qui permettent notamment aux financiers de capter la quasi-totalité des dividendes ou de truster les droits de vote, n'ont pas été interdites »*, regrette Marie-Christine Deluc, avocate au sein du cabinet Auber, qui salue toutefois les nouvelles responsabilités confiées aux ordres professionnels, dorénavant chargés de contrôler et de valider le contenu des pactes d'actionnaires et des pactes d'associés de chaque SEL, dont les obligations de transparence ont été renforcées. *« Nous pourrons refuser de les inscrire au tableau, mais aussi les radier si nous constatons des évolutions compromettant l'indépendance professionnelle et la qualité des soins »*, souligne François Arnault, président du Cnom. Détaillée dans une décision du Conseil d'État, la mission ne sera pas simple pour autant, en raison de la quantité et de la complexité des dossiers présentés.

> **Les experts réunis par la CSMF sont catégoriques : le droit positif sera le meilleur rempart contre la financiarisation.**

…VERS UNE ACTION PLUS GLOBALE

Les aspects juridiques ne feront pas tout. Pour résister aux sirènes de la financiarisation, les opérateurs spécialisés devront notamment repenser les accompagnements financiers. *« Il faut hybrider les solutions de financement, au-delà de la dette bancaire, pour permettre aux médecins libéraux de développer leur activité et de garder la maîtrise de leur outil de travail »*, assure Olivier Mercier, président du directoire d'Interfimo. Premier frein à l'investissement, les moyens économiques de la médecine libérale devront également être renforcés, ce qui passera nécessairement par une revalorisation significative du montant des consultations et des forfaits techniques. Comme souvent, le politique sera le véritable catalyseur du changement. *« Les valeurs fondatrices de notre pacte social sont fragilisées par la financiarisation et l'ubérisation de notre système de santé. Il n'est plus possible d'enrichir des fonds de pension étrangers avec les cotisations payées par les Français. Le gouvernement doit prendre ses responsabilités »*, affirme Alain Milon, sénateur LR du Vaucluse. À tout le moins, les profits générés par les financiers devraient être encadrés et réinvestis au bénéfice de la collectivité.

Soins de proximité : un carrefour stratégique

Les organisation professionnelles doivent évoluer et innover pour répondre aux besoins croissants des patients dans les territoires. La transformation nécessitera des investissements conséquents et des compétences renforcées, ne serait-ce que pour résister aux sirènes de la financiarisation.

Pour des raisons conjoncturelles et structurelles, la médecine libérale change de visage. Assistants médicaux, infirmières en pratique avancée, étudiants en quatrième année… Les médecins généralistes vont accueillir de plus en plus de collaborateurs, non sans questionner le pilotage de l'activité, mais aussi la taille des locaux et le financement des équipements. *« Nous devons repenser nos organisations et investir massivement dans notre outil de travail. Nous devons nous former à la gestion de projets et au management des équipes. Nous devons embarquer les jeunes praticiens dans cette transformation »*, affirme Nicolas Thual, médecin généraliste à Bréhan, une commune rurale située dans le Morbihan. Dans un contexte marqué par la chronicité, le vieillissement et la pénurie, la coordination des soins devient également une priorité stratégique. *« Le partage des informations sur la prise en charge sera le socle de la coopération interprofessionnelle. La maîtrise de l'objet numérique sera un paramètre déterminant dans la conduite du changement »*, assure Philippe Besset, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France.

FINANCER ET INVESTIR

Encouragé par les pouvoirs publics, le déploiement des MSP et des CPTS doit permettre d'améliorer l'accès aux soins dans les territoires. De nombreux freins devront toutefois être levés pour concrétiser la promesse. *« La plupart des soignants ne disposent pas encore des compétences requises pour gérer et développer une entreprise pluriprofessionnelle. La formation initiale et continue des acteurs sera une étape incontournable, mais ils devront être davantage soutenus et accompagnés par la puissance publique, notamment sur les aspects financiers et techniques »*, explique Pascal Gendry, président d'AVECsanté. Derrière les défis et les opportunités se cache une menace à peine voilée. *« Les libéraux de santé devront se saisir des outils et des financements existants. Ils devront investir pour rester maître de la structure, de ses choix et de ses projets, et proposer des solutions innovantes pour satisfaire aux attentes des patients. Ce sera la meilleure manière de faire barrage aux opérateurs extérieurs au secteur de la santé »*, confirme David Guillet, président de la Fédération nationale des CPTS, qui dit être de plus en plus souvent sollicitée par des investisseurs privés et des établissements bancaires.

ÉVOLUER ET COMMUNIQUER

Directement concernés, les radiologues libéraux devront résister aux sirènes de la financiarisation. *« La profession doit mutualiser ses moyens, ses expériences, ses savoir-faire et ses compétences pour pérenniser son indépendance financière. Cette nécessaire restructuration de notre réseau doit nous permettre de relever des défis démographiques, économiques et technologiques. Elle doit surtout reposer sur un projet médical ambitieux qui répondra aux besoins de santé du territoire »*, rappelle Laurent Verzaux, directeur général du Groupe Vidi. Parmi d'autres avantages, le modèle décrit doit aussi permettre de protéger et de séduire la jeune génération, qui a visiblement choisi son camp. *« Chacun doit pouvoir exercer son métier de façon libre et éclairée. La financiarisation représente un risque manifeste pour la profession et la population. Tous les radiologues doivent être informés des inconvénients qui en découlent »*, souligne Paul-Gydéon Ritvo, interne en radiologie et membre du collectif CoRaIL. Créée en février dernier, cette association milite pour une radiologie indépendante dans l'intérêt des professionnels et des patients.

FINANCIARISATION : UN DÉFI INDIVIDUEL ET COLLECTIF

« La notion de financiarisation est encore floue pour de nombreux acteurs. Induit par différents facteurs macro-économiques, mais aussi par des choix professionnels, ce processus spontané gagne du terrain dans plusieurs pays, comme les États-Unis, où les investissements privés dans les soins primaires ont été multipliés par cent depuis dix ans », analyse Daniel Benamouzig, titulaire de la Chaire santé de Science Po et co-auteur d'une note thématique publiée début octobre[1]. Au-delà du constat, il évoque quelques pistes pour lutter contre ce phénomène croissant, sinon pour atténuer ses impacts délétères. *« Un renforcement des moyens de surveillance, de contrôle et de sanction de la part d'une fonction de régulation paraît nécessaire, mais rien ne sera possible sans une vision commune, partagée et transparente de la situation »*, explique-t-il. Regroupements, fusions, rapprochements… Une autorité nationale chargée de contrôler l'application des règles pourrait notamment y contribuer. Si les capacités du régulateur français lui semblent relativement limitées face aux puissances financières internationales, les soignants ont toujours leur destin entre leurs mains. Ils doivent néanmoins repenser leurs organisations et élaborer des contre-modèles financiers. *« Une forme de capitalisme professionnel pourrait probablement leur permettre de dynamiser les investissements, tout en conservant la maîtrise de leur outil de travail et leur indépendance professionnelle »*, relève Daniel Benamouzig. Outre une connaissance plus fine

1. « La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives », Daniel Benamouzig et Yann Bourgueil de la Chaire santé de Sciences Po (juillet 2023).

de ce sujet et de ses répercussions concrètes sur l'offre de soins, la santé devra être considérée comme un investissement et non plus comme un coût, en particulier par la puissance publique.

RETRAITE : LES CONSEILS PRATIQUES

À la différence de nombreux métiers, la réforme des retraites introduit peu de modifications pour les médecins libéraux qui partent en moyenne à 66,3 ans. La situation doit toutefois être anticipée. *« Soixante-cinq ans est généralement le bon âge pour prévoir une date de liquidation »*, prévient Yves Decalf, président d'Assumed et du Syndicat National des Médecins concernés par la retraite. Une chose est sûre : plusieurs aspects doivent être considérés pour quitter la profession dans les meilleures conditions. *« En tant que professionnel de santé du secteur libéral, vous toucherez un tiers de vos revenus actuels en moyenne. La réalisation d'un diagnostic retraite est un exercice fondamental »*, affirme Nicolas Gombault, directeur général délégué du groupe MACSF. Deux chiffres clefs en témoignent : 81 % des non-retraités estiment que leur pension de retraite ne sera pas suffisante et 52 % des retraités reconnaissent que leur situation financière est moins bonne que prévu. *« Deux grandes questions se posent pour choisir la meilleure option : quel est le revenu dont vous souhaitez disposer et quel sera le montant de votre retraite ? Il faut bien estimer sa retraite et ses besoins à la retraite, mais aussi ses ressources et ses charges futures pour trouver la solution la plus appropriée »*, précise-t-il. Soumises à conditions, plusieurs alternatives existent pour améliorer sa retraite : la poursuite de l'activité après soixante-cinq ans, le cumul emploi-retraite et le rachat de trimestres. Créée par la loi Pacte, une autre possibilité se détache assez largement. *« Le plan épargne retraite est un produit très intéressant pour obtenir un capital ou une rente le moment voulu. Il doit être ouvert le plus tôt possible »*, recommande Yves Decalf. Partenaire historique des médecins libéraux, la MACSF propose une nouvelle offre sur-mesure pour les praticiens intéressés.

Optimisation financière des entreprises : les bons outils

Deux experts de la gestion financière ont souligné la nécessité de bien piloter les finances de son entreprise médicale, afin de réduire les risques d'exposition à la financiarisation.

Quels outils utiliser pour bien conduire son entreprise médicale libérale, anticiper les investissements nécessaires à son progrès, et se protéger au passage de l'agressivité des groupes financiers extérieurs au monde de la santé ? À l'occasion de l'une des tables rondes, deux experts de la gestion des entreprises ont apporté quelques conseils et solutions aux participants de l'Université d'été de la CSMF. Le pilotage adéquat de sa structure est en effet stratégique à plusieurs titres : améliorer sa rentabilité, assurer ses revenus propres, fidéliser son salariat et se projeter dans une perspective de croissance maîtrisée. Expert-comptable et commissaire aux comptes, Stéphane Bertolotti est associé depuis 2005 du cabinet BBM Conseil. Il a notamment vocation à proposer à ses clients, nombreux dans le secteur médical, des outils de gestion de la facturation. *« Les médecins sont en attente d'informations, car ce sont des chefs d'entreprise qui doivent savoir mieux utiliser la data à leur disposition,* explique-t-il. *Quand vous créez le dossier de votre patient, il faut le relier à votre activité comptable et aux règles complexes de la tarification. Notre rôle, c'est notamment de les aider à mettre en place les interfaces nécessaires avec votre logiciel, car les fournisseurs en proposent rarement. Grâce à ces outils, ils peuvent créer des tableaux de bord qui rendent la donnée plus lisible et compatible avec les prises de décision. »*

GÉRER SON ÉQUIPE ET SON ÉQUIPEMENT

Il évoque notamment l'intérêt des algorithmes, par exemple pour connecter les agendas électroniques, bien gérer le planning, relever le taux de rendez-vous non honorés et comprendre ainsi là où il est possible d'améliorer son organisation du travail. *« Ces outils sont également précieux en termes de politique RH,* ajoute-t-il. *Ils permettent de bien gérer les ressources de salariés pour optimiser le fonctionnement d'un plateau technique, intégrer l'arrivée de nouveaux*

associés et bien contrôler la proportion des honoraires libres dans le cadre d'un OPTAM afin d'éviter de dépasser les taux fixés par contrat avec l'assurance-maladie. Piloter au mieux son activité, c'est également évaluer ses taux de productivité et de rentabilité, anticiper des marges d'investissement futurs et s'inscrire ainsi dans une dynamique de progrès. »

DES OUTILS POUR OBTENIR DES PRÊTS

Président de la CCEF et vice-président du conseil de surveillance d'Interfimo, principale société de cautionnement mutuel engagée auprès des médecins libéraux, André-Paul Bahuon partage le point de vue de Stéphane Bertolotti. *« Ne pas piloter son entreprise, c'est comme de conduire la nuit sans éclairage, au risque de heurter un mur,* estime-t-il. *Il faut allumer ses phares pour pouvoir accélérer, appréhender les obstacles et parvenir plus vite à sa destination. »* Pour une société comme la sienne, *« les outils de pilotage sont indispensables, car ils nous permettent d'apprécier la santé de l'entreprise dans toutes ses composantes, avant de pouvoir l'accompagner dans son développement. Nous anticipons alors sa capacité d'investissement, la remontée possible de dividendes, le poids de la dette par rapport aux capitaux propres. »* Pour lui, la bonne gestion consiste à partager son bénéfice en trois parts équivalentes : *« un tiers de consolidation des fonds propres, un tiers de réinvestissements, un tiers de rémunération. ».*

UN FONDS ÉTHIQUE DÉDIÉ

Face aux menaces de financiarisation évoquées durant cette session des universités, les deux experts s'entendent pour appeler à la vigilance. *« Il faut maîtriser tous les paramètres de pilotage de son entreprise, en commençant par le choix du bon statut juridique,* souligne Stéphane Bertolotti. *Il faut également utiliser le levier des aides et subventions, même si, c'est complexe. Et il faut enfin dégager une capacité suffisante d'autofinancement en matière d'investissement, afin d'éviter toute situation de fragilité exposant à la nécessité de capitaux extérieurs à la santé ».* André-Paul Bahuon, pour sa part, indique l'initiative prise par Interfimo, avec son partenaire LCL : la mise en place d'un fonds éthique, destiné à soutenir les besoins d'investissement des entreprises médicales. *« Doté la première année de 35 millions d'euros, il a vocation à se développer, car nous voulons être aux côtés des médecins dans la protection de leurs entreprises, tout en les aidant à moderniser leur outil de travail. »*

MALAKOFF HUMANIS : UNE SOLUTION CLÉ EN MAIN POUR LE PLAN D'ÉPARGNE ENTREPRISES

Responsable régional Épargne chez Malakoff Humanis, Zoran Veltoski a profité des universités pour présenter un nouveau produit financier : un Plan d'Épargne Entreprises réservé aux adhérents de la CSMF. *« Ouvert aux entreprises dès le 1er salarié, le PEE ne concerne que 15 % d'entre elles,* expose-t-il. *Or, c'est un outil très intéressant pour fidéliser ses collaborateurs, à des conditions fiscales particulièrement avantageuses. Il faut s'y engager, car l'ANI va prochainement rendre obligatoire les dispositifs d'épargne salariale pour les sociétés de 11 à 49 salariés. »* Les conditions offertes aux adhérents CSMF sont particulièrement attractives, avec des frais réduits et un accompagnement clé en main.

Convention, règlement arbitral et demain… la parole aux régions !

En clôture de l'Université, la CSMF a souhaité donner la parole à des présidents d'URPS… y compris élus dans d'autres syndicats ! Une preuve d'ouverture, quand ces structures ont beaucoup à faire pour contribuer à une meilleure organisation des soins.

Créées à l'initiative de la CSMF en 1994, puis reconfigurées à l'occasion de la loi HPST, les URPS-ML sont devenues en trente ans des acteurs incontournables, au service de l'amélioration du système de santé à l'échelle des territoires. Quitte, parfois, à dépasser leurs fonctions et à « se mêler » au débat national, en marge des syndicats dont elles sont pourtant issues ? La gravité de la situation, évoquée par les intervenants de la table ronde de clôture, appelle à sortir des querelles de chapelle. Tous ensemble, les représentants des médecins libéraux doivent œuvrer pour repenser le fonctionnement du système de santé, répondre aux effets de la pénurie démographique et inventer collectivement de nouvelles solutions en termes d'offre de soins. Comme le rappelle avec force Antoine Leveneur, président de la CN-URPS et de l'URPS Normandie, l'heure est aux efforts conjoints. *« Il est naturel que nous nous intéressions aux débats conventionnels et aux décisions de la puissance publique, puisque nous devons en tenir compte dans nos travaux, explique-t-il. Je rappelle que c'est la loi qui nous confère une responsabilité régionale dans l'organisation et les questions d'accès aux soins. Ce qui est certain, c'est que face à la complexité du paysage règlementaire et à la progression inexorable des zones de faible densité médicale, nous avons une réelle légitimité sur le terrain en tant qu'instances élues par les praticiens libéraux. »*

> **Tous ensemble, les représentants des médecins libéraux doivent œuvrer pour repenser le fonctionnement du système de santé, répondre aux effets de la pénurie démographique et inventer collectivement de nouvelles solutions en termes d'offre de soins.**

DU « SUR-MESURE »

Ces dernières années, le cadre n'a cessé de se complexifier, avec l'apparition des ESP, des MSP, des CPTS, des ESS… Des sigles qui expriment un enjeu majeur au cœur de l'action des URPS : concevoir du « sur-mesure », à partir de ces outils, pour personnaliser les réponses en proximité des difficultés vécues par les patients. *« L'un de nos défis consiste à interagir avec l'ensemble des parties prenantes pour favoriser l'attractivité du métier de médecin libéral auprès des jeunes médecins, tout en incitant les plus âgés à prolonger leur activité »*, ajoute Antoine Leveneur. Président de l'URPS-Bourgogne-Franche-Comté, Éric Blondet évoque la complexité de travailler sur des territoires déséquilibrés, avec des territoires très éloignées des CHU et fortement paupérisés en offre de soins de proximité. *« L'Équipe de Soins de Spécialités est le bon vecteur pour organiser le second retour, mais cela exige de la créativité, car la notion de zonage géographique n'a pas de sens pour certaines spécialités qui ne comptent que quelques dizaines de praticiens par région »*, note-t-il.

Interrogé sur les limites de certaines solutions de télémédecine, comme la télé-expertise, Jean-Christophe Calmes, président de l'URPS Occitanie, estime que *« la télémédecine ne peut être qu'un complément, un outil qui ne peut se substituer au présentiel. »*. Cependant, pour lui, *« la télé-expertise apparait comme un atout majeur pour améliorer la prise en charge des pathologies complexes, pour des patients très éloignées des spécialistes. Il faut nous organiser mieux, en médecine de ville, sous peine que ces solutions soient accaparées par les hôpitaux, qui s'y investissent fortement. »*

QUAND L'EXPÉRIMENTATION MARCHE TROP BIEN…

Autre sujet d'actualité, Thierry Labarthe, président de l'URPS-Bretagne réagit sur les transferts de tâches des médecins vers les autres professions, et notamment les pharmaciens. *« Nous avons testé en Bretagne l'expérimentation OSYS, destinée à déléguer aux pharmaciens certains actes de premier recours. Son succès a abouti à un article généralisant la démarche dans le PLFSS. Nous nous sommes opposés à la généralisation à l'échelle de l'ensemble des URPS, à défaut d'une évaluation suffisante. Il est aberrant que ce type d'organisation, qui doit tenir du terrain et rester à la main des professionnels de terrain, puisse être décrétée d'en haut. »*

LE RÔLE SERVICIEL DES UNIONS

Enfin, Jean-Baptiste Caillard président de l'URPS Pays-de-Loire, illustre le rôle *« serviciel »* que peut jouer une union, à travers l'initiative menée par son instance : aider les CPTS sur le plan RH. *« On a constitué un groupement d'employeurs pour faciliter le recrutement des chefs de projet. Puis nous avons étendu la démarche aux assistants médicaux, à travers un second groupement d'employeurs. Il n'y a cependant pas l'énergie de le faire dans toutes les régions. Nous avons décidé de monter un groupement interrégional avec six URPS, dans le but de mutualiser la démarche. »*

Garantir un accès rapide, équitable et pérenne à l'innovation est un atout majeur pour notre système de santé

Interview de *Stéphane Lassignardie,*
Président-Directeur Général d'AbbVie France

QUELLES SONT LES AIRES THÉRAPEUTIQUES DANS LESQUELLES ABBVIE AXE SES EFFORTS ?

La mission d'**AbbVie** est claire : découvrir et proposer des médicaments et des solutions innovants qui traitent des problèmes de santé complexes, améliorent la vie des patients et transforment les standards de soins. Né de la scission d'Abbott en 2013, **AbbVie** est aujourd'hui le quatrième laboratoire pharmaceutique mondial, avec plus de 50 000 collaborateurs présents dans 70 pays. Cette place d'acteur central dans l'industrie biopharmaceutique s'est renforcée en 2020, avec l'acquisition d'Allergan qui a permis d'élargir notre portefeuille de solutions thérapeutiques.

Nous sommes un acteur innovant de référence dans des aires thérapeutiques où les besoins médicaux sont importants. En immunologie, forts de notre histoire et de notre expertise reconnue, nous avons récemment lancé de nouvelles molécules pour continuer de repousser les standards de soins. En oncologie, nous travaillons au développement de solutions dans des pathologies sans innovation depuis plus de 10 ans pour améliorer la qualité de vie des patients.

En tant qu'acteur majeur de l'innovation, l'expertise d'**AbbVie** a également permis de repousser le standard de soins des patients atteints d'hépatite C, en mettant à disposition un traitement Antiviral à Action Directe (AAD).

En neurosciences, nous avons ainsi réalisé de nouveaux lancements dans la migraine chronique et les maladies neurodégénératives. En ophtalmologie, nous développons une thérapie génique pour la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA) et la rétinopathie diabétique. Enfin, nous proposons des produits et services de médecine esthétique.

Dans toutes ces aires thérapeutiques, nous sommes résolument tournés vers l'innovation, qui est au cœur de notre modèle. À l'échelle mondiale, plus de 55 milliards de dollars ont été investis en R&D depuis 2013 et ces investissements sont en croissance constante. En 2022, 7,1 milliards de dollars ont ainsi été consacrés à la R&D. L'oncologie représente la moitié de notre pipeline, avec des programmes cliniques en hématologie et dans les tumeurs solides.

QUELLES PLACES OCCUPENT L'EUROPE ET LA FRANCE DANS LA STRATÉGIE D'ABBVIE ?

L'Europe occupe une place centrale dans la stratégie de développement des activités du Groupe. **AbbVie** dispose d'une présence forte en Europe, avec plus de 12 000 collaborateurs et une dizaine de sites de R&D et de production dans 7 pays, dont la France. La majorité de la production européenne est destinée au marché européen.

La France fait partie des filiales européennes les plus importantes : c'est la deuxième filiale au niveau européen et la cinquième filiale au niveau mondial. **AbbVie** emploie aujourd'hui 1 200 collaborateurs en France, répartis sur nos différents sites.

Nous avons en effet quatre sites à travers la France : deux sites pour les opérations commerciales en Île-de-France, un site R&D et de production en Haute-Savoie dédié aux activités du Groupe en médecine esthétique et un site logistique dans l'Eure.

La France est également un pays de choix pour la recherche, avec près de 90 programmes cliniques interventionnels et non interventionnels qui incluent environ 4 000 patients répartis sur tout le territoire. Nous sommes par ailleurs le pays européen du Groupe avec le plus grand nombre de patients participant à nos études de phases précoces en oncologie.

QUELS SONT LES ENJEUX POUR L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE EN FRANCE ?

Notre système de santé est aujourd'hui confronté à de multiples évolutions structurelles et conjoncturelles qui sont un véritable défi pour les décideurs. Dans ce contexte, l'un des principaux enjeux est de concilier l'accès des patients aux meilleures innovations, tout en réussissant à maîtriser le niveau des dépenses de santé et à réduire le déficit budgétaire de la Sécurité sociale.

L'innovation permet de répondre à des besoins médicaux, notamment non-couverts, et participe à l'amélioration des standards de soins grâce à l'efficience des produits et leurs impacts sur les parcours de soins. En effet, l'innovation peut être à la fois médicale et organisationnelle, par exemple en favorisant les soins ambulatoires, avec une prise en charge des patients sans hospitalisation.

Les médecins généralistes jouent un rôle fondamental dans les parcours de soins. Ils sont la porte d'entrée pour le dépistage, le diagnostic et l'orientation dans le parcours pour donner accès au bon traitement, au bon patient et au bon moment.

Je voudrais partager deux exemples d'innovations transformatrices. En oncohématologie, nous avons récemment lancé un traitement innovant pour différentes formes de leucémies. Dans l'une de ces formes, les bénéfices apportés par l'innovation permettent une prise en charge des soins en ambulatoire, entraînant des impacts directs sur la qualité de vie des patients.

Autre exemple, en virologie, l'hépatite C est une épidémie silencieuse, qui peut engendrer des pathologies lourdes et potentiellement mortelles. Les antiviraux à action directe de deuxième génération, lancés il y a près de 10 ans, offrent de grandes chances de guérison. Les patients guéris sortent du parcours de soins et évitent de développer des maladies graves et chroniques liées à l'infection.

Ces deux exemples montrent pourquoi garantir l'accès à l'innovation est un atout majeur pour notre système de santé. Cet accès doit être rapide et des dispositifs, comme l'accès précoce lancé en 2021, permettent d'accélérer la mise à disposition des innovations aux patients. L'équité est également fondamentale, pour que tous les patients pris en charge aient accès aux mêmes traitements, partout en France. Enfin, cet accès doit être pérenne. Face aux défis de la chronicisation et de la complexification des pathologies, il est essentiel de sécuriser l'accès des patients sur le temps long aux traitements dont ils ont besoin.

Ensemble, avec toutes les parties prenantes du système de santé dont les médecins libéraux sont une composante cruciale, nous pouvons œuvrer pour un meilleur accès aux innovations pour améliorer la qualité de vie des patients et les parcours de soin.

FR-ABBV-230183/11-2023

abbvie

AbbVie en chiffres

6 aires thérapeutiques : immunologie, oncologie, neurosciences, virologie, ophtalmologie et médecine esthétique.

30 médicaments indiqués dans le traitement de 75 pathologies.

Plus de **50** millions de patients à travers le monde reçoivent un médicament **AbbVie** chaque année.

20 nouvelles indications lancées en France entre 2022 et 2025.

Assistants médicaux : les défis et les opportunités de la formation

Le gouvernement vise un objectif de 10 000 assistants médicaux fin 2024. La formation sera un enjeu central. Son financement aussi…

UN DIPLÔME RECONNU

Dans le cadre de son plan d'action pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires, le gouvernement accompagnera le recrutement de 6 000 assistants médicaux supplémentaires avant la fin de l'année prochaine, en adaptant notamment le circuit de la formation pour mieux répondre aux attentes des acteurs (développement de la formation à distance, modularité de la formation, diminution du nombre d'heures de formation…). Partiellement financé par l'assurance maladie, cet emploi aidé nécessite l'obtention d'un diplôme spécifique, désormais reconnu par l'État. Avec la participation de la DGOS, la CPNEFP[1] de la branche des personnels des cabinets médicaux a élaboré un référentiel d'activités et de compétences, mais aussi un référentiel d'évaluation pour la délivrance du certificat de qualification professionnelle qui a été inscrit au RCNP[2] en avril 2022.

TROIS PRÉREQUIS

Considéré comme une possible évolution professionnelle pour les secrétaires médicales ou une opportunité de reconversion pour les professions paramédicales, infirmières et aides-soignantes en tête, ce nouveau métier est ouvert à tous. Trois prérequis sont toutefois indispensables pour entrer en formation : un diplôme de niveau IV pour les demandeurs d'emploi ne possédant pas d'expérience dans le secteur de la santé ; une certification de niveau IV validée en secrétariat médical… ou non validée à condition d'avoir une expérience professionnelle de trois ans comme secrétaire médicale ; une certification de niveau IV pour les salariés en reconversion. Particularité notable : un assistant médical ne peut pas prendre la place d'un emploi existant.

QUATRE BLOCS DE COMPÉTENCES

La formation des assistants médicaux est articulée autour de quatre grands blocs de compétences : suivi du parcours de santé du patient ; accueil et prise en charge administrative des patients ; hygiène et qualité ; assistance opérationnelle au praticien. Pour obtenir le certificat de qualification professionnelle d'assistant médical, les volontaires doivent suivre une formation de 384 heures auprès d'un organisme agréé par la CPNEFP (le nombre d'heures devrait baisser en 2024, *ndlr*). Les détenteurs d'un diplôme d'État d'infirmier, d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture pourront également exercer cette activité, sous réserve d'avoir suivi une FAE[3] de 112 heures dans un délai de trois ans après leur prise de fonction. Il est possible d'intégrer la formation à tout moment de l'année.

BLOCAGE SUR LES FRAIS DE SALAIRES

La formation des assistants médicaux est prise en charge par l'OPCO EP[4] selon le barème de la branche des personnels des cabinets médicaux en vigueur. Cet opérateur de compétences peut rembourser les frais avancés par l'employeur ou régler directement l'organisme de formation, si une subrogation a été acceptée. Certains blocages peuvent néanmoins être observés sur le terrain pour différentes raisons, dont une diminution de la dotation octroyée par France Compétences en 2023. Malgré le relais instauré sur les fonds conventionnels, les employeurs qui n'auraient pas réglé leurs contributions conventionnelles obligatoires ont pu recevoir des refus de prise en charge. Les employeurs avec moins d'un an d'activité aussi, ces cotisations se calculant sur la masse salariale N – 1. À savoir : les frais de salaires durant la formation, qui sont inclus dans les contrats signés par les médecins libéraux et leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ne seront plus pris en charge par la branche à partir du 1er janvier 2024.

1. Commission Paritaire Nationale pour l'Emploi et la Formation Professionnelle – CPNEFP.
2. Répertoire National des Certifications Professionnelles – RNCP.
3. Formation d'Adaptation à l'Emploi – FAE.
4. OPérateur de COmpétences des Entreprises de Proximité – OPCO EP.

Article 51 : innover et expérimenter pour mieux soigner

L'article 51 est un dispositif dérogatoire permettant d'expérimenter des modes d'organisation et de financement innovants. Cinq ans après sa mise en œuvre, le PLFSS 2024 prévoit un cadre générique qui doit faciliter leur inscription dans le droit commun.

UN CADRE EXPÉRIMENTAL INÉDIT

Dans son article 51, la LFSS 2018 a introduit un cadre dérogatoire pour expérimenter de nouveaux modèles organisationnels reposant sur des modes de financement inédits. Nationales ou régionales, les expérimentations sélectionnées doivent améliorer la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaires, sociales ou médico-sociales, la structuration des soins ambulatoires ou encore l'accès aux soins. Autorisés par arrêté ministériel ou par décision du directeur général de l'agence Régionale de Santé concernée, selon leur localisation et leur dimension, les projets peuvent être portés par des établissements de santé publics ou privés, des professionnels de santé libéraux, des associations, des entrepreneurs, mais aussi par les pouvoirs publics. Le dispositif est opérationnel depuis avril 2018.

DES CARACTÉRISTIQUES NOTABLES

Selon les dernières données publiées par le ministère de la Santé et de la Prévention, 144 innovations organisationnelles ont déjà été accompagnées, déployées et financées pour un montant total de 575 millions d'euros. Signe particulier : plus du tiers de ces projets ciblaient des sujets âgés. Les enfants et/ou les jeunes et les personnes handicapées sont également des populations privilégiées par les expérimentateurs. Autre caractéristique notable : la santé bucco-dentaire, le surpoids et l'obésité, la santé mentale, les situations cliniques liées au vieillissement et les maladies cardio-vasculaires sont les aires médicales les plus représentées dans les prises en charge innovantes expérimentées. Très impliqués dans les territoires, les médecins libéraux sont des acteurs dynamiques, notamment *via* leur ESP, leur MSP, leur CPTS ou leur URPS.

VERS UN PASSAGE EN DROIT COMMUN

Cinq ans après la mise en place de cette réforme, le PLFSS 2024 se propose de diffuser plus largement les expérimentations innovantes qui ont été favorablement évaluées. Son article 22 prévoit notamment un cadre générique pour faciliter leur inscription dans le droit commun, sous la forme de parcours de soins coordonnés renforcés, adaptables aux besoins du patients, s'appuyant sur des structures porteuses et reposant sur un paiement collectif forfaitaire. Les premiers d'entre eux sont attendus dès l'an prochain et pourraient concerner la rééducation cardiaque en centre-ville en alternative à une hospitalisation en soins médicaux de réadaptation, la réhabilitation respiratoire à domicile, la prise en charge de l'obésité en appui à la médecine de ville pour les patients en échec thérapeutique en premier recours, et celle des troubles du langage et de l'apprentissage chez les enfants.

NB : seules les expérimentations ayant reçu une évaluation positive pourront entrer dans le droit commun.

LE CHIFFRE-CLÉ

14

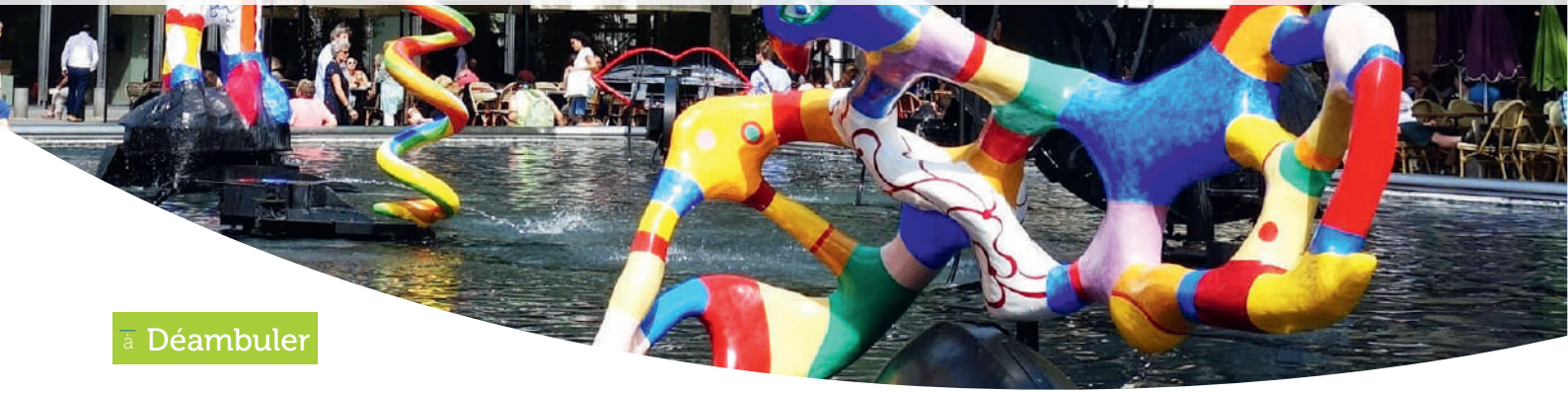
C'est le nombre d'expérimentations innovantes achevées. Trente-cinq projets se termineront également cette année et trente-huit autres en 2024.

Source : ministère de la Santé et de la Prévention

LE FAIT MARQUANT

PLFSS 2024 : deux expérimentations en voie de généralisation

Actuellement débattu au Parlement, le PLFSS 2024 pourrait définitivement acter la généralisation de deux expérimentations estampillées « article 51 » : la participation des chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires (article 24) et la prescription des antibiotiques contre les cystites simples et les angines par le pharmacien de ville après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (article 25). Ces deux mesures sont directement inspirées des projets Urgences dentaires et PharmaOsys qui ont été menés ces dernières années dans plusieurs régions.



à Déambuler

LA FONTAINE STRAVINSKY

Située au pied de Beaubourg, **la fontaine Stravinsky** est un ensemble de seize sculptures, inauguré en 1983. Réparties dans un vaste bassin de 580 m², mesurant 33 mètres de long sur 17 mètres de large, chacune porte un nom qui rappelle une œuvre d'Igor Stravinsky : La Sirène, Ragtime, Le Renard, Le Cœur, La Diagonale, L'Éléphant, L'Oiseau de Feu, La Clé de Sol… Toutes sont mécanisées, sonores et animées par des jets d'eau, qui font référence aux ballets et à la musique en général. Imaginée par Jean Tinguely et Niki de Saint Phalle, celle qu'on appelle aussi la fontaine aux Automates est à nouveau visible après deux ans de travaux, tant sur les sculptures elles-mêmes que sur les installations hydrauliques et électriques. Parmi les 16 œuvres, sept (en acier et aluminium) sont de Jean Tinguely, six (en résine colorée) sont de Niki de Saint Phalle et les trois autres ont été réalisées par le couple d'artistes. **Un monument emblématique de Paris, et un célèbre lieu de rendez-vous, à redécouvrir !**

à Découvrir

HECTOR OLBAK
DEUX HEURES POUR CONNAÎTRE LA PEINTURE

En mai 2019, le critique et historien d'art **Hector Obalk** tente un pari fou : monter sur scène pour raconter… l'histoire de la peinture en moins de deux heures ! Une gageure tenu haut la main grâce à une astuce : un mur de 1 000 tableaux, où il pioche et zoome pour révéler des détails significatifs de l'œuvre. Loin d'un didactisme académique, le « stand-uper » n'hésite pas à manier l'humour. (« Les surréalistes ? Des gens qui ne savent pas peindre mais ont de bonnes idées ! ») et à jouer la complicité avec son public. En quatre ans, c'est un carton plein : plus de 30 000 spectateurs l'ont suivi dans ce voyage à travers sept siècles d'histoire de la peinture. Une nouvelle saison vient d'ailleurs de s'ouvrir, avec des parcours plus ciblés : « Léonard-Caravage – Chardin », « Raphaël – Vélasquez – Ingres », « Monet – Picasso – Mondrian » et « Bosch – Van Eyck – Manet ». À chaque « session », une dizaine d'œuvres sont passées au crible par ce critique passionné, qui nous fait littéralement entrer dans le tableau. Une expérience unique, donc, pour tous les âges et toutes les sensibilités. Et les plus accros y reviendront !

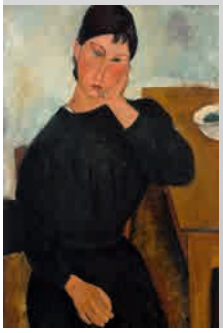
Jusqu'au 29 janvier 2024, au 13e Art – 30, avenue d'Italie – 75013 Paris.

Programmation 2024 et plus d'informations sur www.grand-art.online.

à Visiter

AMEDEO MODIGLIANI : UN PEINTRE ET SON MARCHAND

Si vous aimez **Modigliani**, courez-y avant le 15 janvier. Le musée de l'Orangerie propose en effet une exposition centrée sur une période-clé de sa vie et de son œuvre. Arrivé en 1906, l'artiste juif d'origine italienne, fasciné par sa rencontre avec le sculpteur roumain Brancusi, délaisse ses pinceaux et se lance dans la sculpture. Mais, en 2014, et jusqu'à sa mort en 2020, il revient à la peinture, se consacrant exclusivement à l'exploration du visage humain. Un tournant artistique qui s'explique par sa rencontre avec Paul Guillaume, un jeune galeriste et collectionneur, par l'entremise du poète Max Jacob. Entre les deux hommes, l'osmose est totale. Paul Guillaume l'encourage, lui loue un atelier à Montmartre, fait connaître ses toiles dans les milieux artistiques et intellectuels du Paris de l'Entre-Deux-Guerres. Preuve de l'amitié entre eux, Modigliani réalisera plusieurs portraits de son marchand. L'un d'eux, célébrissime, est intitulé « Novo Pilota » et consacre le jeune homme comme « un pilote de l'Avant-Garde picturale ». L'exposition évoque ainsi, à travers le choix d'œuvres emblématiques, les liens du peintre et de son marchand dans le contexte artistique et littéraire parisien des années 1910 ainsi que le rôle de Paul Guillaume dans la diffusion de l'œuvre de Modigliani sur le marché de l'art à la fois en France et aux États-Unis dans les années 1920.



Musée de l'Orangerie, jusqu'au 15 janvier.
Jardin des Tuileries – Place de La Concorde (côté Seine) – 75001 Paris

Offre

ezii

Médecins

Une solution tout-en-un
pour optimiser
la gestion de votre cabinet

- Logiciel de gestion SEGUR
- Agenda
- Prise de rendez-vous en ligne
- Rappels SMS
- Téléconsultation
- Messagerie instantanée sécurisée

EN SAVOIR +

cegedim santé

CEGEDIM SANTE - SASU, Capital N° 310 992,68 € - RCS de Nanterre 348 940 255 - 137 rue d'Aguesseau, 92100 Boulogne-Billancourt - Tous droits réservés - Eziii - Document non contractuel - Oct 2023 - PR-EziI-2023-001

Les offres *spectaculaires*
0 % de frais sur versements

Votre épargne va être fan !

Du 15 septembre 2023 au 22 décembre 2023, profitez de **0% de frais sur tous les versements** vers le fonds en euros et les supports en unités de compte pour les contrats d'épargne **RES**[1], **RES Multisupport**[2] et **RES Capitalisation**[3]. Offre soumise à conditions[4].

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

Pour en savoir plus, flashez ce code

Pour rappel, il existe un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte[5].

PUBLICITÉ

(1) RES est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative libellé en euros souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. (2) RES Multisupport est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative libellé en euros et en unités de compte souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. (3) RES Capitalisation est un contrat de capitalisation individuel nominatif, libellé en euros et en unités de compte souscrit auprès de la MACSF épargne retraite. (4) L'offre promotionnelle épargne dure du 15/09/2023 au 22/12/2023 inclus et porte sur tous les versements effectués sur un contrat RES, RES Multisupport ou RES Capitalisation (y compris les prélèvements automatiques). Les autres frais inhérents aux contrats, tels que les frais de gestion, s'appliquent conformément aux dispositions contractuelles. Au-delà du 22/12/2023, tous les frais prévus aux contrats s'appliqueront. (5) L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. La description et le fonctionnement des supports en unités de compte sont détaillés dans les Documents d'Information Clés (DIC) ou la note d'information, disponibles sur la page Supports financiers du site macsf.fr.

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

23_589 - 09/2023 - Crédit photo : Getty Images