Novembre 2024
n° 1375

le Médecin de France

Le journal de la csmf

Accès aux soins : innover pour progresser

La Rencontre
Angèle Malatre-Lansac
Déléguée générale de l'Alliance pour la santé mentale

Brèves & Personnalités
Yannick Neuder
Lise Alter
Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Pierre Moscovici

En Pratique
Affichage :
les obligations légales du médecin

Du 24 octobre au 26 décembre 2024, profitez de 0% de frais vers tous les supports d'investissement

sur tous les versements pour les contrats RES[1], RES Multisupport[2], RES Capitalisation[3] et RES Capi[4].

Offre soumise à conditions[5].

Prenez rendez-vous avec votre conseiller :

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

Pour en savoir plus, flashez ce code

Ensemble, prenons soin de demain

Pour rappel, il existe un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte[6].

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) RES Capi est un contrat de capitalisation de groupe à adhésion facultative, libellé en euros et en unités de compte souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite.
(5) L'offre promotionnelle épargne dure du 24/10/2024 au 26/12/2024. Elle porte sur tous les versements effectués, y compris les versements programmés, vers les contrats RES (hors RES individuel), RES Multisupport, RES Capitalisation et RES Capi. Les autres frais inhérents aux contrats, tels que les frais de gestion, s'appliquent conformément aux dispositions contractuelles. Au-delà du 26/12/2024, tous les frais prévus aux contrats s'appliqueront.
(6) 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 - SAM - Entreprise régie par le Code des assurances - MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la Vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095 - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 - 92919 LA DÉFENSE CEDEX - FRANCE.

24_761 - 10/2024 - Crédit photo : Getty Images

Quand on veut, **on peut !**

La Santé est en quelques années devenue la seconde préoccupation de nos concitoyens derrière le pouvoir d'achat. Ce bond dans le classement des préoccupations des français est lié aux difficultés croissantes dans l'accès aux soins.

Alors que le Groupe Transpartisan n'a que le mot coercition à la bouche, la CSMF ne cesse d'apporter des solutions efficaces et durables. Selon l'étude de l'Insee, en 2019, 50 % des médecins exercent à moins de 85 km de leur commune de naissance et 50 % à moins de 43 km de leur université d'internat.

Le mot clé est donc l'universitarisation ! Il ne s'agit pas de créer des CHU partout. Il s'agit que les internes, selon leur choix et leur rang de classement, effectuent leur internat dans les territoires des GHT où ils ont été nommés. Cet internat devra se faire tant à l'hôpital, que dans les cliniques et les cabinets de médecins libéraux. Cela n'empêchera évidemment pas la nécessaire mobilité. Cette universitarisation doit ouvrir la porte au statut d'assistant territorial tel que proposé par la Conférence des Doyens. Comme la CSMF, et maintenant comme la Conférence des Doyens, le proposent ce titre d'assistant territorial donnera droit au secteur 2 OPTAM.

S'il est une évidence que l'accent doit être mis sur les médecins en cumul emploi-retraite, gouverner c'est prévoir ! Et prévoir c'est trouver une solution pour faciliter l'accès aux soins.

La CSMF se réjouit que ses idées en matière d'universitarisation et d'espace de liberté tarifaire soient soutenues par la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine.

La balle est maintenant dans le camp du Premier Ministre et du ministre de la Santé et de l'Accès aux Soins. Les français seront les témoins de votre action. Quand on veut, on peut !

Dr Franck Devulder,
Président de la CSMF

4 | Rencontre
Angèle Malatre-Lansac
Déléguée générale de l'Alliance pour la santé mentale

6 | Brèves & Personnalités
4 personnalités
Gouvernement Bayrou : la CSMF précise ses attentes
Revenus : 124 000 euros déclarés en moyenne
En chiffres

8 | Dossier
Accès aux soins : innover pour progresser

14 | Société & Santé
Antibiotiques : une « très légère baisse » des prescriptions en ville
Installation : les jeunes médecins privilégient deux critères
Diabète : une exception française

18 | Coordination & Santé
Pays de la Loire, Bretagne, Île-de-France

20 | À Quoi ça sert ?
Assistant médical : une fonction essentielle

22 | En Pratique
Affichage : les obligations légales du médecin

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 • **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 2024

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

Angèle Malatre-Lansac
Déléguée générale de l'Alliance pour la santé mentale

La santé mentale, c'est l'affaire de tous !

Ancienne directrice santé à l'Institut Montaigne, Angèle Malatre-Lansac a été désignée pour participer au comité de pilotage de la Grande Cause Nationale Santé Mentale, qui va se dérouler sur toute l'année 2025. Elle décrit les enjeux de cet évènement très attendu pour la santé publique.

LA SANTÉ MENTALE EST AU CŒUR DES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE, COMME L'ATTESTE LA DÉCISION D'EN FAIRE LA GRANDE CAUSE NATIONALE 2025. QUEL CONSTAT PEUT-ON ÉTABLIR, SUR LE PLAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE, DES TROUBLES PSYCHIQUES ET PSYCHIATRIQUES DE LA POPULATION FRANÇAISE ?

Les données sont aujourd'hui bien établies, qui attestent de l'urgence d'agir pour mieux prévenir et prendre en charge ces troubles. On estime qu'un Français sur cinq y est en moyenne confronté chaque année. Et une personne sur trois souffrira d'un trouble psychique au cours de son existence. L'épidémie de Covid-19 a été un révélateur et un accélérateur de ces pathologies, notamment chez les jeunes et les plus vulnérables. Le suicide, avec 10 000 décès par an, est devenu la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans. Et, même si ce chiffre a diminué de 33 % en vingt ans, les cas augmentent – heureusement faiblement – dans la tranche d'âge des 11-13 ans, ce qui constitue un motif majeur de préoccupation pour les soignants et l'ensemble de la société. Au-delà de la question du suicide, on sait qu'aujourd'hui l'espérance de vie des personnes touchées par des troubles psychiatriques sévères est inférieure de 13 à 15 ans à celle de la population générale. Le coût des pathologies mentales représente également un enjeu financier considérable : avec 25 milliards d'euros par an, c'est le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie, devant les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Face à ce fléau sanitaire qui fragilise en profondeur notre modèle de société, nous devons tous nous mobiliser, informer plus, prévenir davantage, mieux soigner et changer le regard des Français sur ces maladies.

MICHEL BARNIER S'EST FORTEMENT AFFICHÉ EN FAVEUR DE LA GRANDE CAUSE NATIONALE. SON DÉPART DE MATIGNON MENACE-T-IL LA PÉRENNITÉ DE CET ENGAGEMENT DE LA PART DES POUVOIRS PUBLICS ?

Non, la décision est actée, notamment par le biais d'une communication officielle en Conseil des Ministres le 10 octobre. Par ailleurs, le nouveau Premier ministre a pris position en faveur de la grande cause nationale lorsqu'il était Haut-commissaire au Plan dans un rapport publié l'été dernier. Ce qu'il faut comprendre, c'est que c'est avant tout un label officiel qui permet d'améliorer fortement la visibilité d'un sujet auprès de l'opinion publique. Il n'y a pas forcément des subsides supplémentaires. Mais des espaces de communication sont, par exemple, mis à disposition dans des medias grand public. J'ai travaillé sur des initiatives de même nature menées dans d'autres pays, notamment anglo-saxons : les effets y ont été intéressants, en termes de sensibilisation des publics, mais également de prise en charge plus précoce et d'attractivité de la filière psychiatrique. En 2025, quatre axes d'actions sont privilégiés. Nous allons, en premier lieu, lutter contre la stigmatisation des patients, car les troubles mentaux, outre leurs effets sanitaires, accroissent l'isolement et les handicaps socio-professionnels. Il faut renforcer également l'information et la prévention, en se donnant les moyens d'agir dès les premiers signes. L'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des prises en charge devra par ailleurs être au cœur de nos objectifs. Enfin, des progrès décisifs ont été obtenus ces

dernières années dans le champ de la recherche et des neurosciences. Il faut soutenir davantage la recherche et favoriser l'accès au marché des innovations, qu'elles soient thérapeutiques, numériques, technologiques ou organisationnelles.

LA PSYCHIATRIE EST UNE SPÉCIALITÉ PARTICULIÈREMENT SINISTRÉE. COMMENT AGIR POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS ET DES PRISES EN CHARGE PLUS EFFICACES POUR LES PATIENTS ?

C'est, en effet, une discipline en grande souffrance, en particulier pour la pédo-psychiatrie. Il faut travailler sur l'attractivité de la spécialité, la faire mieux connaître auprès des internes et des étudiants. Il faut également sortir d'une forme de cloisonnement, en incitant les psychiatres à s'appuyer davantage sur les acteurs des soins primaires, mais également sur d'autres professionnels, comme les psychologues. De nouveaux métiers doivent être expérimentés. Les IPA pourraient jouer un rôle-clé pour suivre les patients et structurer les parcours de soins. Au-delà, c'est tout le champ du médico-social qu'il faut mobiliser, à l'échelle des territoires.

FAUT-IL REMETTRE EN CAUSE LA SECTORISATION DE LA PSYCHIATRIE ?

La philosophie du modèle, qui existe depuis 1960, reste la bonne. Mais il faut peut-être l'assouplir, favoriser davantage de collaboration avec les psychiatres libéraux, les établissements spécialisés et le premier recours. Par exemple, seuls 6 % des patients pris en charge en CMP ont été adressés par les médecins généralistes. Les patients arrivent trop souvent dans les soins *via* les urgences, sans gradation des prises en charge. Il faut renforcer la formation, mieux faire connaître l'ensemble des ressources, soutenir les approches plus collectives, à travers les CPTS, les ESP, les ESS et les projets territoriaux de santé mentale.

VOUS ÉVOQUEZ L'IMPORTANCE DE LA RECHERCHE. QUE PEUT-ON ATTENDRE ?

Une nouvelle approche se dessine, celle de la psychiatrie de précision. Grâce aux progrès conjoints de l'imagerie, de la biologie, de la thérapeutique et du numérique, elle offre des solutions de santé globales, personnalisées selon les patients. Des programmes ambitieux, basés sur des investissements publics, sont en déploiement. L'industrie pharmaceutique doit être incitée à s'y engager davantage. Et il faut également promouvoir la recherche sur les innovations organisationnelles et l'intégration des nouvelles technologies et de l'IA dans les pratiques de terrain.

Yannick **Neuder**

Ministre de la Santé et de l'accès aux Soins

C'est le septième ministre pour la Santé sous le second mandat. Cardiologue de profession, il exerce au CHU de Grenoble, tout en ayant mené une carrière éclair d'élu local, jusqu'à son élection comme député en 2022. Dans l'hémicycle, il s'est très vite imposé comme un référent pour les sujets de santé, devenant à l'automne dernier le rapporteur général du PLFSS. Il a également été très actif en déposant plusieurs propositions de loi, notamment sur la formation des étudiants. Ministre délégué, il est placé sous l'égide de Catherine Vautrin. L'élue de Reims, dont elle présidait la communauté de communes, cette femme politique expérimentée revient à la tête d'un vaste ministère social, mêlant santé, travail, solidarité et familles. Une tâche immense attend les titulaires des portefeuilles sociaux, face à l'abysse des déficits budgétaires.

Lise **Alter**

DG de l'Agence de l'Innovation en Santé

L'Agence de l'Innovation en Santé (AIS) a dévoilé, début décembre, son programme de travail pour 2025. Elle prévoit notamment de réaliser un second « Tour de France » des porteurs de projets, deux ans après sa tournée inaugurale. Investissement, attractivité des territoires, traitements innovants de demain, transition écologique… Chaque étape sera ponctuée par un colloque thématique sur des sujets variés. Un nouveau « parcours de l'innovateur structuré » sera également publié pour guider les porteurs de projets, quel que soit le niveau de maturité, vers les interlocuteurs les plus pertinents et leur permettre de mieux anticiper les futures étapes du développement de leurs solutions ; cet outil sera inspiré du modèle des parcours dans le numérique en santé réalisés par la plateforme G_nius de l'Agence du numérique en santé.

GOUVERNEMENT BAYROU : LA CSMF PRÉCISE SES ATTENTES

Au lendemain de la nomination de François Bayrou à Matignon, la CSMF rappelait les nombreux défis à relever pour un système de santé sans pilotage ni réelle gouvernance, avec la valse des ministres depuis deux ans. La CSMF fixe sa feuille de route qui devra être mise en œuvre par le Premier Ministre et son équipe gouvernemental : avoir un ONDAM pour 2025 et un sous ONDAM de ville répondant au choc d'attractivité pour la médecine libérale, porte d'entrée dans le système de santé pour tous nos concitoyens ; répondre à l'enjeu majeur de la soutenabilité financière de notre système de santé. Pour cela, nous devons entrer dans le cercle vertueux de la reconnaissance de la pertinence et de la qualité ; répondre aux besoins de soins de la population. Le syndicat prévient de « ce qui ne marche pas » : la coercition, portée par la proposition de loi transpartisane et le transfert de compétences. Il appelle au contraire à privilégier « ce qui marche » : l'universitarisation des territoires lors de l'internat et l'incitation au cumul emploi-retraite.

REVENUS : 124 000 EUROS DÉCLARÉS EN MOYENNE

La DREES a publié le 20 décembre une étude sur les revenus des médecins libéraux en 2021. Les médecins, âgés de 70 ans ou moins, exerçant une activité libérale ou libérale et salariée, ont déclaré, en moyenne, un revenu d'activité annuel de 124 000 euros, soit un peu plus de 10 000 euros par mois. Les radiothérapeutes, les médecins nucléaires et les radiologues sont les mieux rémunérés, avec des revenus qui dépassent en moyenne 210 000 euros par an, et même 400 000 euros pour les premiers. Les ophtalmolo-

Dr Tedros **Adhanom Ghebreyesus**

Directeur général de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a inauguré le 17 décembre à Lyon son Académie, où les soignants du monde entier pourront se former aux dernières avancées de la médecine et se préparer aux prochaines urgences sanitaires. Ce campus de 11 000 mètres carrés, situé dans le quartier de Gerland, devrait accueillir 16 000 personnes par an avec une trentaine d'« encadrants ». Ils y bénéficieront des dernières technologies, dont la réalité virtuelle et l'intelligence artificielle, pour se former. Le sous-sol du bâtiment aux lignes futuristes permet quant à lui de conduire des exercices de simulation à grande échelle. Une plateforme numérique a en outre été lancée pour toucher un public plus large : l'OMS vise trois millions d'apprenants d'ici 2028, grâce à des cours en ligne dans les six langues officielles de l'organisation : l'anglais, l'arabe, le français, le chinois, l'espagnol et le russe.

Pierre **Moscovici**

Président de la Cour des Comptes

La réforme de 2019 des études de santé a créé un dispositif « complexe » et « coûteux » au bilan « mitigé », a jugé le 11 décembre la Cour des Comptes, dans un rapport, plaidant pour revenir à la « voie unique d'accès ». Cette réforme a supprimé l'ancienne première année commune pour la remplacer par « trois nouvelles voies ». La Cour déplore un pilotage « insuffisant » de l'État et un déploiement « hétérogène » de la réforme, avec de fortes disparités entre les spécialités. Le « paysage est devenu illisible ». *« Bien que les critères de détermination des effectifs à former aient évolué, permettant une augmentation du nombre d'admis, cette hausse reste insuffisante pour répondre pleinement aux besoins en santé »,* estime la Cour. Selon les magistrats de la rue Cambon, *« l'État doit mieux appréhender la planification des besoins en professionnels de santé par la mise en place d'un comité de pilotage interministériel ».*

gistes, les anesthésistes-réanimateurs, les anatomo-cyto-pathologistes et les oncologues médicaux ont également des revenus moyens parmi les plus élevés, autour de 190 000 euros par an en moyenne. Ceux des chirurgiens s'établissent à 180 000 euros. À l'opposé, les pédiatres, les rhumatologues, les psychiatres et les dermatologues sont les spécialistes aux rémunérations les moins élevées, avec des revenus moyens qui vont de 88 000 à 97 000 euros. Pour les omnipraticiens, le revenu moyen s'élève à 98 000 euros.

en Chiffres

50 000

C'est le nombre de médecins libéraux qui ont alimenté Mon Espace Santé en novembre dernier, selon des chiffres présentés par la Délégation au Numérique en Santé (DNS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), lors du 11e comité de suivi du Ségur numérique.

8 107

C'est la liste des Médicaments d'Intérêt Thérapeutique Majeur, publiée par l'ANSM, et qui font l'objet de plans de surveillance renforcés pour lutter contre la pénurie.

31,5 %

C'est, en pourcentage du PIB, la part des dépenses publiques consacrées à la protection sociale, soit un niveau en baisse et proche de celui de l'année 2019, avant la crise sanitaire.

Accès aux soins : innover pour progresser

La démographie médicale reste une entrave à l'accès aux soins, malgré de premiers frémissements positifs. Il faut continuer à innover, à l'échelle des territoires, pour transformer l'offre de soins sur un mode collectif et pluriprofessionnel.

Publié début octobre, l'Atlas 2024 de la démographie médicale du CNOM a été beaucoup commenté dans les medias grand public. Un chiffre l'explique : pour la première fois depuis des années, le nombre de médecins en activité repart à la hausse : il a augmenté de 0,8 % au 1er janvier 2024, portant le total à 199 089 praticiens. Cela représente 1 672 médecins en plus. Cet effectif baissait depuis 2010, à l'exception de timides rebonds en 2018 et 2020, et revient aujourd'hui à un niveau comparable à celui observé en 2014. On peut y voir les premiers effets du desserrement du numerus clausus, intervenu à compter de la fin du siècle dernier, associé avec une stagnation du nombre de médecins partant en retraite. En 2010, on formait ainsi 7 000 praticiens, contre 3 500 au milieu des années 90. Aujourd'hui, plus de 9 000 étudiants entrent en 2e année. Et le numerus clausus a été supprimé, même s'il s'agit d'un phénomène en trompe l'œil. La sélection et le contrôle des effectifs étudiants restent la réalité dans les facultés.

INÉGALITÉS TERRITORIALES

Peut-on se réjouir pour autant ? Derrière cette hausse, des difficultés majeures persistent, contribuant à limiter l'accès aux soins pour une part croissante des Français. L'Ordre observe ainsi que les primo-inscrits, en 2023, continuent à s'installer prioritairement dans les départements littoraux. Les territoires de la « diagonale du vide » (du sud-ouest au nord-ouest) sont toujours délaissés. Autre phénomène préoccupant : 43 % des départements voient les primo-inscrits quitter le secteur 10 à 15 ans après leur installation, pour aller se réinstaller dans des départements plus favorisés. Au sein même des départements, des inégalités fortes sont constatées, avec des taux de densité variant parfois de 1 à 10, comme l'observe l'Ordre dans le département de l'Ain. Enfin, comme le note l'Ordre, les départements hospitalo-universitaires voient leurs effectifs de médecins augmenter et rajeunir (à quelques exceptions près), tandis que les régions périphériques, où la population est plus âgée, subissent une diminution des effectifs médicaux et un vieillissement de leurs praticiens.

LE SALARIAT, SIGNE DE TEMPS MÉDICAL RÉDUIT

À ces inégalités territoriales complexes à analyser, s'ajoute une autre tendance qui accroît la baisse du temps médical disponible pour les patients : le succès du statut de salarié. L'activité salariée apparaît de plus en plus attractive auprès des médecins en activité. Effectivement, alors qu'en 2015, l'activité salariée représentait 42,2 % des médecins en activité, elle compte désormais pour 46,0 % en 2024, détrônant ainsi l'activité libérale. Entre 2015 et 2024, l'effectif des médecins en activité ayant un statut libéral exclusif a diminué de – 4,9 % tandis que celui des salariés a augmenté de + 15,7 % et celui des mixtes de + 14,6 % sur cette même période. En termes de temps de consultation, cette évolution pèse dans l'offre de soins, quand les salariés exercent en moyenne 40 heures par semaine, contre plus de 50 heures chez les libéraux.

LE CENTRE VILLE, VICTIME N° 1

Quelles conséquences concrètes en termes d'accès aux soins ? La DREES a mis au point un indicateur, l'APL, l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), qui, par le croisement d'autres indicateurs, permet de mesurer l'accès aux soins des médecins généralistes, exprimé en nombre de consultations par an et par habitant. L'observation de l'APL aux médecins généralistes à l'échelle communale en 2022 laisse apparaître des territoires plus défavorisés, avec un nombre de consultation par an et par habitant plus faible. Ces territoires sont notamment situés au centre de la métropole. La DREES considère que la situation est particulièrement tendue lorsque le nombre de consultation par an et par habitant de la commune est inférieur à 2,5. Ainsi, en 2022, 34,8 % des communes françaises sont situées sous les 2,5 consultations par an et par habitants. Cette proportion atteint 46,8 % lorsque que l'on ne considère que les médecins généralistes de moins de 65 ans et 58,8 % avec seulement les médecins généralistes de 62 ans ou moins.

DES SOLUTIONS MULTIPLES POUR LIBÉRER L'INITIATIVE

D'innombrables données attestent d'une réalité : l'accès aux soins ne peut s'entendre qu'au niveau des bassins de population, avec la nécessité de mettre en œuvre des solutions locales, adaptées aux spécificités. La réponse passe par des organisations territoriales innovantes, basées sur un diagnostic précis et l'élaboration de projets de santé locaux. Plusieurs instruments existent (MSP, ESP, ESS, CPTS, Contrats locaux de santé…) il faut les mettre à disposition des professionnels, les laisser s'organiser comme ils l'entendent, leur donner les moyens de s'y investir, pérenniser les aides et les valoriser en fonction d'objectifs à atteindre. La consultation du médecin libéral doit pouvoir se dérouler sous de multiples formes différentes : consultation avancées, cabinets secondaires, téléconsultation, téléexpertise, cumul emploi-retraite, salariat sous la responsabilité de libéraux… Plus que tout, les porteurs de projets doivent être reconnus, soutenus, récompensés dans la durée. Enfin, il faut progresser dans de nouvelles formes de parcours de soins pluriprofessionnels. La délégation de tâches peut s'entendre, à la condition que les médecins libéraux puissent demeurer les référents de la prise en charge des patients, et que leur rôle d'experts pour les soins complexes soient valorisés à la hauteur des compétences qu'ils mobilisent.

Urgences : le compte n'y est pas !

Emmanuel Macron l'avait promis il y a 20 mois : pour Noël 2024, les urgences seraient « désengorgées ». Force est de constater que les promesses n'engagent que ceux qui les croient. Comme le démontre une étude de la DREES parue mi-décembre, les difficultés persistent pour de nombreux services. *« En 2020, après plus de deux décennies de croissance continue, les passages aux urgences ont brutalement diminué avec la crise sanitaire,* note l'étude. *Malgré un rebond en 2021 puis en 2022, ils n'ont pas retrouvé, en 2023, la tendance ni le niveau d'avant la crise. Ces évolutions nationales ne rendent toutefois pas compte de la diversité des situations au niveau des départements : les passages aux urgences sont en effet supérieurs à leur niveau d'avant-crise dans un quart d'entre eux. »* En outre, les services d'urgences doivent s'adapter à l'accueil d'un nombre de patients parfois extrêmement variable d'un jour à l'autre. Ainsi, au cours de l'année 2023, au sein d'un même département, *« le nombre de passages quotidiens aux périodes d'activité haute est supérieur d'au moins 34 % à celui des périodes d'activité basse,* précise la DREES. *Cet écart dépasse 50 % dans cinq départements. »* Le lundi est le jour enregistrant le plus grand nombre de passages dans la quasi-totalité des départements. Même si les services d'urgences sont davantage chargés en juillet et août qu'en intersaison dans les départements plus touristiques du sud et de l'ouest de la France, et moins dans le nord et l'est, *« l'essentiel de ces écarts d'activité ne procède pas d'une saisonnalité régulière qui peut être anticipée »*. Bref, il reste encore beaucoup à faire pour le ministère de la Santé…

> **En 2020, après plus de deux décennies de croissance continue, les passages aux urgences ont brutalement diminué avec la crise sanitaire,…**

ALD sans médecin traitant : des progrès… relatifs

En février, la CNAM se félicitait de résultats encourageants : on comptait alors 472 000 patients en ALD sans médecin traitant. La conséquence, selon elle, du dispositif lancé un an plus tôt. Selon les projections de la CNAM, sans action spécifique, ce chiffre serait de plus de 710 000. De fait, près de 240 000 patients ont pu s'inscrire auprès d'un praticien. Un progrès, donc, mais qui montre que le chemin reste long à mener. Dans la convention médicale, de nouveaux objectifs sont fixés. En matière d'accès aux soins, le texte acte par exemple l'objectif de stabiliser la part de malades chroniques sans médecin traitant à 2 %, d'augmenter la patientèle « active » des médecins libéraux de 2 % par an, d'augmenter de 5 % le nombre de jeunes généralistes qui s'installent ou de raccourcir le délai d'accès aux spécialistes. Un observatoire suivra l'évolution des indicateurs. Aucune sanction n'est prévue.

Jean-Marcel **Mourgues**
vice-président du CNOM

Des effectifs en hausse… mais les difficultés demeurent

Chargé de piloter l'Atlas de la démographie médicale, Jean-Marcel Mourgues pointe l'insuffisance des mesures déployées pour améliorer l'accès aux soins.

L'ORDRE A PUBLIÉ EN OCTOBRE SA DERNIÈRE ÉDITION DE L'ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE. QUE CONSTATEZ-VOUS ?

Cette édition 2024 fournit plusieurs enseignements-clé, qui montrent à quel point nous sommes encore loin de pouvoir répondre aux défis de l'accès aux soins sur le plan de l'offre médicale. Première donnée à retenir, le nombre de médecins en activité a légèrement augmenté, à + 1,4 % entre le 1er janvier 2023 et le 1er janvier 2024, soit 3 272 médecins en plus. Et la part de ceux qui ont une activité régulière est également en très légère hausse (+ 0,8 %) Cette évolution notable s'accompagne d'une autre dimension positive : l'âge moyen d'exercice est de 48,1 ans, contre 50,2 ans en 2010. Enfin, la féminisation de la profession se poursuit : 51,8 % des médecins actifs réguliers sont des femmes, contre 40 % en 2010. Derrière ces chiffres, on voit s'esquisser les premiers effets du relèvement marqué des étudiants en formation mené il y a 15 à 20 ans. Et les effectifs devraient donc fortement augmenter d'ici cinq ans et plus. Cependant, ce mouvement est loin de répondre aux défis posés par le vieillissement. En 2021, selon l'INSEE, 26,6 % de la population avait 60 ans ou plus (contre 22,7 % en 2010). D'ici 2070, la population des 75 ans et plus pourrait augmenter de 5,5 millions selon des projections INSEE basées sur trois critères : espérance de vie, fécondité et solde migratoire. Simultanément, la croissance démographique française pourrait stagner, avec un solde naturel (naissances – décès) historiquement bas depuis 1945 (+ 47 000 en 2023).

VOUS POINTEZ ÉGALEMENT DES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES, LIÉES AUX MODES D'EXERCICE ET AUX RÉPARTITIONS TERRITORIALES ?

En effet, l'attractivité de la médecine salariée se confirme. Alors qu'elle ne représentait que 41,9 % des médecins en activité régulière, elle compte désormais pour 48,7 % en 2024, détrônant ainsi l'activité libérale. En 2024, alors que 42,7 % des médecins en activité régulière âgés de 60 ans et plus sont salariés, cette proportion atteint 58,2 % chez les moins de 40 ans. Cette tendance pose la question du temps médical disponible : la durée hebdomadaire d'exercice des médecins salariés est inférieure à celle des médecins en exercice libéral. Quant aux inégalités territoriales, elles s'aggravent. Les départements hospitalo-universitaires voient leurs effectifs de médecins augmenter et rajeunir (à quelques exceptions près), tandis que les régions périphériques, où la population est plus âgée, subissent une diminution des effectifs médicaux et un vieillissement de leurs praticiens.

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LES ACTIONS MENÉES PAR LES POUVOIRS PUBLICS POUR RÉDUIRE LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS ?

En dépit d'efforts incontestables pour tenter d'enrayer le phénomène, force est de constater que les dispositifs d'appui à l'installation dans les zones tendues n'ont pas produit les résultats escomptés. Il faut aujourd'hui tirer les leçons de ces difficultés et accompagner les mutations nécessaires de l'exercice médical. Il faut tenter de réduire l'hyperspécialisation, qui ne joue pas en faveur d'une offre de soins élargie à destination de la population. De même, le mouvement de l'organisation territoriale de la médecine, basée sur la pluriprofessionnalité, la coordination avec les autres professions et l'optimisation des parcours de soins, doit être davantage soutenu et structuré. Il faut par ailleurs s'appuyer sur le potentiel de l'IA et du numérique pour fluidifier et assouplir les modalités de prise en charge des patients. Enfin, et surtout, il est temps de partir d'un état des lieux plus approfondi des besoins de santé, territoire par territoire, pour adapter la réponse médicale. Les données existent, mais elles ne sont pas suffisamment exploitées.

Sylvaine **Le Liboux**
vice-présidente des Généralistes-CSMF

S'organiser pour créer l'attractivité

« J'exerce dans le département le plus défavorisé de France, comme l'atteste l'enquête annuelle de l'Ordre. » Dans l'Indre, on compte moins d'un généraliste pour 2 000 habitants. Installée à Valençay, une commune de 2 000 habitants en pleine campagne, Sylvaine Le Liboux s'investit tous azimuts pour favoriser l'accès aux soins de la population. *« Je préside la CPTS du Boischaut-Nord depuis 2019,* explique-t-elle. *Et j'ai monté une MSP il y a deux ans avec une consœur. Nous travaillons avec 15 autres professionnels de santé. »*

Dernière étape, elle a intégré actuellement une MSP multisites, qui permet de mettre en relation cinq généralistes et plusieurs dizaines d'autres professionnels. *« Le but est de mutualiser nos interventions, pour améliorer nos files actives, partager des plages pour les soins non programmés et coordonner les prises en charge pluriprofessionnelles. »*
Depuis 2019, elle travaille également avec une assistante médicale. *« Elle est à plein temps. C'est un appui précieux pour augmenter mon temps médical disponible. Et je partage également une IDE à mi-temps, notamment pour l'ETP des patients. »*
Enfin dernière corde à son arc, la MSP est devenue MSPU de niveau 1. *« Nous pouvons travailler avec des médecins thésés, qui découvrent notre forme d'exercice et y adhèrent souvent. »* La preuve : trois internes ont décidé d'ouvrir leur cabinet dans un périmètre de 15 km. *« C'est la meilleure solution pour bâtir de l'attractivité. Il faut absolument multiplier les possibilités de stages dans nos cabinets. »*

Philippe **Arramon-Tucoo**
radiologue à Biarritz

Défendre **l'imagerie territoriale**

Dans le Pays Basque et le Sud de l'Aquitaine, comme ailleurs en France, le réseau de la radiologie de proximité souffre davantage d'année en année. Vieillissement démographique et multiplication des départs en retraite, tensions croissantes sur le plan financier en raison de la politique de baisse des tarifs menée par l'Assurance Maladie, incapacité à financer l'innovation technologique dans l'imagerie… le « désert » radiologique menace immanquablement de progresser pour une partie des territoires. Radiologue à Biarritz, ancien président de l'URPS, Philippe Arramon-Tucoo, avec sa vingtaine de confrères, a pris le taureau par les cornes. *« Nous sommes allés progressivement à la rencontre des confrères, dans d'autres villes de la Côte Basque, mais également à l'intérieur des terres, et jusqu'au sud des Landes, pour leur proposer de s'associer avec nous. »* Aujourd'hui, plus de 55 radiologues et quelques cliniques se sont regroupés pour assurer ensemble une offre territorialisée de radiologie, représentant près de 20 sites et plus de 250 salariés. *« Nous couvrons la quasi-totalité des territoires initiaux, en nous organisant pour assurer des consultations avancées, parfois jusqu'à trois heures en voiture de notre cabinet de base. Et la totalité des actes d'imagerie sont proposés aux populations. »* Outre la nécessité de préserver l'accès aux actes d'imagerie, la démarche vise également à protéger le concept de la radiologie de proximité. *« Si nous n'avions pas agi, une partie de ces cabinets auraient été rachetés par des groupes d'investissement, avec à la clé une concentration sur les actes les plus rentables, et donc une réduction de l'offre d'imagerie pour les patients. Nous nous sommes mobilisés pour lutter contre la financiarisation de la spécialité. »* Un mouvement auquel n'a pas échappé, par exemple, la Charente-Maritime, où les praticiens ne font plus de mammographies pour le dépistage du cancer du sein.

Stéphane **Attal**
généraliste à Pontarlier

Du cabinet éphémère au bicabinet

Élu CSMF et de l'URPS Bourgogne-Franche-Comté, Stéphane Attal fait partie de ces responsables syndicaux qui, non content de représenter et défendre leurs confrères, « mouillent la chemise » pour innover au service de l'accès aux soins. En 2017, il ouvrait ainsi à Pontarlier un « cabinet éphémère ». Constatant le départ conjoint de neuf médecins généralistes, il s'est rapproché de la municipalité, qui a accepté de financer la mise à disposition d'un ancien cabinet. Et il a convaincu cinq de ses confrères, pour qu'ils s'y relaient régulièrement et assurent en moyenne huit heures de consultation par jour. *« Trois des confrères étaient en activité, deux autres en cumul emploi-retraite, et nous avons également pu faire venir plusieurs étudiants. Outre le service aux patients, très satisfaits de cette nouvelle offre, le cabinet éphémère a permis de susciter de l'attractivité, auprès des plus jeunes, par rapport à l'exercice en libéral. Des remplaçants sont également venus nous soutenir, sans aucune rétrocession d'honoraires. »* Cette initiative originale, qui a fait des émules dans d'autres régions de France, est achevée depuis le 1er janvier dernier, grâce à l'installation dans la commune de nouveaux praticiens au sein d'une maison médicale. Mais Stéphane Attal, lui, est parti sur un autre projet : le concept du « bicabinet », entre son implantation d'origine et des vacations assurées dans un autre cabinet, dans la campagne locale. *« J'ai recruté une assistante médicale, qui m'aide à bien gérer cette notion de double cabinet. Je suis le médecin traitant pour les deux patientèles, je dispose de deux salles de consultation et je me partage par demi-journées. Les patients sont très contents et soulagés de pouvoir être pris en charge. »* Seul regret sur cette organisation : *« je ne dispose d'aucune aide des municipalités, alors que je dois m'acquitter d'un loyer de 1 000 euros par mois ».* Mais, malgré ces difficultés, il est décidé à tenir coûte que coûte par respect pour sa patientèle.

Guillaume **Darmaillacq**
généraliste à Arnou (Landes)

L'innovation à 360°

Généraliste dans les Landes, un territoire marqué depuis longtemps par la progression des déserts médicaux, Guillaume Darmaillacq s'est mobilisé avec ses confrères pour répondre au défi de l'accès aux soins. Ensemble, ils ont mis en œuvre la CPTS Adour-Gave, une structure exemplaire qui couvre aujourd'hui 61 communes, entre les Landes et le Béarn, et un bassin de 47 000 habitants. *« Nous avons été pionniers, en sollicitant l'ARS dès 2020,* explique-t-il. *Le projet s'est déployé progressivement, avec comme objectif de répondre aux six missions pour ce type de structure : inscription auprès d'un médecin traitant, réponses aux soins non programmés, fluidité des parcours pluriprofessionnels, qualité et pertinence des soins, programmes de prévention territoriaux, gestion des crises sanitaires et accompagnement des professionnels de santé sur les territoires. »* 38 généralistes constituent l'ossature du projet, auxquels s'ajoutent plusieurs dizaines d'autres professionnels de santé. *« Nous avons salarié un coordinateur, ce qui est essentiel pour l'efficacité de nos actions. Et nous avons élaboré un diagnostic territorial de santé, qui nous permet de porter un projet de santé ambitieux. »* Le système d'information constitue également un élément-clé du succès. *« Sur notre site, les patients sans médecin traitant peuvent remplir une fiche de demande, ce qui facilite énormément la mise en relation avec un potentiel médecin traitant. »* Près de 80 demandes ont pu être traitées, avec 90 % de succès. *« La CPTS est aujourd'hui un atout majeur pour innover à 360° et apporter de nouvelles réponses à d'autres problématiques, comme le lien Ville-Hôpital, l'accès des patients au second recours, le développement de la téléconsultation et de la téléexpertise et le déploiement d'actions de prévention ciblées sur les besoins de la population. »* Elle contribue également à l'attractivité de la médecine. *« Nous portons actuellement un nouveau projet, avec la création d'un médipôle à Orthez, ce qui va permettre d'améliorer la diversité des offres de prise en charge, notamment pour des spécialités en forte crise démographique. »*

Julien **Volet**
hépato-gastro-entérologue à Reims

Des consultations avancées **pour lutter contre le désert médical en gastro-entérologie**

Julien Volet exerce à la clinique de Bezannes à Reims, au sein du groupe Courlancy, une structure privée qui a récemment obtenu les honneurs du classement du magazine *Le Point*… à la 1re place. L'un de ses confrères n'est autre que Franck Devulder, président de la CSMF. *« Nous proposons des soins d'excellence, et notamment dans ma spécialité, l'hépato-gastro-entérologie. L'un de nos engagements, depuis plus de dix ans, c'est de garantir l'accès à notre expertise aux patients du territoire de Champagne-Ardennes, y compris pour ceux qui résident le plus loin de notre établissement. »* Résultat, les praticiens libéraux de l'établissement s'organisent pour effectuer des consultations secondaires, souvent à plus d'une heure de Reims, à Rethel, Château-Thierry et Chalons/sur-Marne. *« Au total, dans notre spécialité, nous nous mobilisons pour assurer trois demi-journées tous les 15 jours dans ces territoires. Nous ne pouvons répondre à 100 % de la demande, mais nos interventions sont graduées, de façon à hiérarchiser les prises en charge en fonction des besoins de santé des patients. »*

L'engagement des spécialistes de la clinique Bezannes vise à répondre à une réalité : la « désertification » territoriale des cliniques, qui ont dû fermer ou réduire leurs activités par manque de ressources et de soutien des autorités sanitaires. *« Il faut, par nécessité, organiser le flux des interventions en fonction des urgences. Les actes d'endoscopie doivent être réalisés à Bezannes, car il n'y a plus de plateau technique sur place. »* Pour optimiser la prise en charge, les praticiens peuvent s'appuyer sur la compétence d'une assistante médicale, véritable case manager chargée d'organiser les parcours de soins les plus complexes. *« C'est un atout-clé, grâce à son expérience, nos consultations secondaires sont réellement utiles pour hiérarchiser les interventions et prioriser les cas les plus graves. »* Convaincu de ce modèle souple et dynamique, Julien Volet déplore l'absence totale de soutient des tutelles. *« Ni l'ARS ni les CPAM ne semblent réaliser les services que nous rendons aux patients. Sans cet investissement, des milliers de patients, chaque année, resteraient sur la touche. »*

Antibiotiques : une « très légère baisse » des prescriptions en ville

Selon Santé publique France, les prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville ont reculé de 0,2 % en 2023. Signe particulier : cette « très légère baisse » intervient après deux années de hausse consécutives, mais le niveau affiché demeure supérieur aux objectifs fixés dans la stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance. Cette évolution favorable des prescriptions varie toutefois selon les âges, avec une augmentation chez les plus de 65 ans, une stabilisation chez les 15-64 ans et une diminution chez les 0-4 ans. Autre caractéristique notable : les prescriptions ont diminué chez les généralistes (– 1,3 %), mais elle ont augmenté chez les spécialistes (+ 4,6 %) et chez les dentistes (+ 1,4 %). L'amoxicilline, l'association amoxicilline/acide clavulanique et les macrolides ont été les trois antibiotiques les plus prescrits en 2023. Ils représentent plus des deux-tiers de la consommation totale qui a baissé de 3,3 %. Une chose est sûre : ces efforts devront être maintenus dans la durée pour limiter les risques sous-jacents. Selon une étude parue en septembre dernier dans *The Lancet*, la résistance aux antibiotiques pourrait causer près de quarante millions de décès dans le monde entre 2025 et 2050.

NB : 74,6 % des prescriptions d'antibiotiques ont été effectuées par des médecins généralistes en 2023.

Installation : les jeunes médecins privilégient deux critères

Dans une étude publiée mi-novembre, l'Insee pointe une répartition de plus en plus inégale des médecins généralistes sur le territoire : 57 % des nouvelles installations ont lieu dans des grands pôles régionaux où réside 43 % de la population, soit des villes de province de plus de 200 000 habitants. La capitale ne semble pas être un lieu prisé par la jeune génération. Selon les données présentées, l'aire de Paris représente seulement 13 % des installations de nouveaux médecins. Cette analyse statistique révèle deux autres tendances lourdes : la moitié des jeunes médecins généralistes s'installent à moins de 43 kilomètres de leur université d'internat et à moins de 85 km de leur lieu de naissance. Les installations dans les zones rurales seraient également plus fréquentes pour les médecins nés dans ces territoires ou dans des petites villes. Après une période de quelques années, durant laquelle les changements de commune d'exercice sont nombreux, leur lieu d'exercice se stabilise. Douze ans après l'internat, 96 % des médecins exercent dans la même commune que l'année précédente.

> **La capitale ne semble pas être un lieu prisé par la jeune génération.**

NB : cette étude porte sur les choix d'installation des médecins généralistes formés pendant les années 2000 et qui exerçaient toujours en 2019.

Diabète : une exception française

Selon une étude parue mi-novembre dans *The Lancet*, 828 millions de personnes étaient atteintes de diabète dans le monde en 2022… dont 420 millions de femmes et 408 millions d'hommes. Si la prévalence de cette maladie a quadruplé en trente-deux ans, elle a aussi explosé dans les pays à bas ou moyens revenus d'Asie et d'Amérique du Sud. Particularité notable : un quart des patients diabétiques vivent en Inde (212 millions). La Chine (148 millions) et les États-Unis (42 millions) occupent les deuxième et troisième place de ce classement, suivis de près par le Pakistan (36 millions), l'Indonésie (25 millions) et le Brésil (22 millions). À l'inverse, le taux de diabète n'a pas augmenté dans quelques pays depuis 1990. Il s'agit du Japon, du Canada, de l'Espagne, du Danemark, mais aussi et surtout de la France, qui est la nation la moins touchée avec une prévalence globale de 3,7 %. Autre exception française : le taux de patients diabétiques a baissé de 1,5 point chez les femmes et il est resté stable chez les hommes. Précision méthodologique : ces résultats sont issus des données de 1 108 études rassemblant 141 millions de personnes qui ont permis de réaliser des estimations de prévalence pour 200 pays.

NB : les résultats de cette étude, menée par le NCD Risk Factor Collaboration, diffèrent sensiblement des derniers chiffres publiés par Santé publique France, qui évalue la prévalence du diabète traité pharmacologiquement à 5,6 % en 2023. Elle serait donc un peu plus élevée pour le diabète en général, traité ou non.

onlib' infos

LA NEWSLETTER
DES PROFESSIONS
LIBÉRALES

flashez le QR code

**pour recevoir
la newsletter dédiée
à toutes les professions
libérales !**

INTERFIMO - S.A à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 93.832.000 € - Société de financement agréée.
Siège social : 46, boulevard de La Tour-Maubourg, 75343 Paris Cedex 07 - Siren 702 010 513 RCS Paris - APE 6492Z.
Inscrit sous le n° d'immatriculation d'intermédiaire en assurance ORIAS 07 027 249

Interfimo
PARTENAIRE ET FINANCIER DES PROFESSIONS LIBÉRALES

Diabète de type 2
L'innovation technologique pour de meilleurs résultats

Aux côtés du laboratoire Boehringer Ingelhiem et d'autres partenaires, la CSMF participe à l'évaluation en vie réelle de DiabetoWise, une plateforme numérique visant à faciliter le suivi des patients atteints de DT2 en médecine de ville.

Souvent qualifiée de « maladie du siècle », elle ne cesse de progresser. À l'occasion de la Semaine Mondiale du Diabète, Santé Publique France a publié ses données de surveillance actualisées : en 2023, 5,6 % de la population était soignée pour un diabète, tous types confondus[1]. Et, selon la base de données *Data Pathologies* de l'Assurance Maladie[2], le diabète, y compris lorsqu'il n'est pas traité, touchait plus de 4,3 millions de personnes en 2022, soit une prévalence de 6,3 %, contre 5,6 % en 2015. Le diabète de type 2 représente 92 % des cas de diabète, avec une prévalence en hausse. 500 000 nouveaux cas sont attendus pour 2027, par rapport aux chiffres de 2022.

DES FACTEURS DE RISQUE ÉVITABLES

Le diabète de type 2 correspond à une mauvaise utilisation de l'insuline par les cellules de l'organisme. Les prédispositions familiales sont l'un des facteurs de risque prédominants. Mais ces facteurs génétiques sont très souvent associés à d'autres facteurs de risque environnementaux modifiables, tels que l'alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique et la sédentarité, le surpoids ou l'obésité, le tabagisme (actif ou passif). Ces déterminants sont considérés comme la principale cause d'augmentation de la maladie.

DES COMPLICATIONS NOMBREUSES

Le diabète est une maladie complexe à prendre en charge, notamment parce qu'il faut traiter les nombreuses complications associées à la maladie. Un diabète non équilibré entraîne, à terme, un risque majoré de complications : maladies cardiovasculaires, maladie rénale, néphropathies, artériopathies, risque de cécité… Près de 40 % des patients en insuffisance cardiaque ont un DT2, tandis que 37 % des patients atteints de DT2 souffrent d'une maladie rénale chronique[3]. Et 75 % des causes de décès liées au DT2 sont provoquées par des événements cardiovasculaires.

LE GÉNÉRALISTE EN PREMIÈRE LIGNE

Dans 90 % des cas, c'est le généraliste seul qui prend en charge les patients atteints du diabète de type 2. Un exercice difficile, face à la multiplicité des paramètres à surveiller. Maladie pluri-métabolique, elle expose constamment le patient au risque de l'instabilité glycémique et aux comorbidités liées au diabète non équilibré. De plus en plus isolés, les généralistes ont des difficultés croissantes pour obtenir l'avis d'un confrère spécialisé, en raison des tensions démographiques. Et les décisions diagnostiques et thérapeutiques sont souvent délicates à prendre, alors que de nouvelles classes thérapeutiques sont disponibles aujourd'hui.

UNE SOLUTION POUR FACILITER LE RECOURS À L'EXPERTISE

Afin d'aider à améliorer la prise en charge des patients, plusieurs partenaires se sont associés pour créer un dispositif particulièrement innovant : **DiabetoWise**. Cette plateforme partagée entre généralistes et spécialistes libéraux ou hospitaliers vise à faciliter l'avis médical, grâce à une combinaison de solutions numériques. **DiabetoWise** associe en effet un outil de télésurveillance, une aide à la décision médicale et une solution de téléexpertise. Les généralistes sont incités à recruter les patients sur la base du consentement, tandis que des infirmiers IDE, spécialement formés, sont chargés du recueil des données de télésurveillance. Salariés par la société **Sêmeia**, qui a conçu **DiabetoWise**, ils s'appuient

1. https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete, consulté le 12 décembre.
2. https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Diab%C3%A8te, consulté le 12 décembre.
3. Murphy D *et al.* Ann Intern Med 2016;165:473; Sarraf M *et al.* Clin J Am Soc Nephrol 2009;4:2013.

sur l'appli DiabGuide, qui leur permet de classifier les patients selon leurs paramètres biologiques et à partir du référentiel 2021 de la Société Francophone du Diabète, l'un des partenaires de l'initiative. L'IDE transmet systématiquement un compte rendu au médecin généraliste, une fois toutes les dix semaines, relevant notamment le nombre et la fréquence des alertes produites par le dispositif de télésurveillance. Grâce à ces outils, le généraliste dispose de toutes les informations nécessaires pour déterminer la conduite à tenir, et éventuellement solliciter l'avis d'un spécialiste diabétologue libéral ou hospitalier par le biais de la téléexpertise.

COMPRENDRE PAS À PAS DIABETOWISE

Pour chaque patient recruté, le médecin entre dans l'appli son profil, à partir des données cliniques, des données liées au diabète et des facteurs de risque identifiés. Puis l'appli, qui fonctionne à partir de 30 algorithmes validés scientifiquement, propose les meilleurs objectifs et stratégies thérapeutiques, en fonction de l'état de santé du patient : objectifs d'HbA1C, objectifs lipidiques, objectifs tensionnels, gestion du risque cardiovasculaire. Grâce à ces recommandations, le praticien peut déterminer, avec le patient, la stratégie thérapeutique adaptée pour améliorer l'équilibre du diabète, en conformité avec les standards de prise en charge élaborés par la société savante. Le but est notamment de favoriser la protection cardiologique et néphrologique des patients, grâce à une prescription optimisée des dernières générations de médicaments approuvés dans le diabète de type 2.

UN COLLECTIF ENGAGÉ CONTRE LE DIABÈTE

Soutenu par le laboratoire Boehringer Ingelheim et la CSMF, sur avis favorable de la SFD et avec la participation de la Fédération française des diabétiques, le projet bénéficie de plusieurs contributions d'experts. Un comité scientifique, composé de dix spécialistes (endocrinologues, néphrologues, cardiologues) et de deux médecins généralistes, permet de garantir sa rigueur scientifique. Start-up spécialisée dans la télésurveillance, **Sêmeia** pilote la plateforme qu'elle a créée et déjà testée dans d'autres pathologies (maladie rénale chronique, insuffisance cardiaque). DiabGuide est une appli mobile qui accompagne la décision du praticien à partir des données du patient. Enfin, Cemka est un bureau d'études mobilisé pour évaluer l'intérêt du projet, notamment dans le cadre d'une étude clinique menée actuellement.

PROUVER L'EFFICACITÉ DE LA SOLUTION

Parallèlement au déploiement du dispositif, et afin d'établir sa pertinence en termes de qualité de prise en charge des patients, une étude clinique est en cours. L'objectif est d'inclure 508 patients, répartis entre un groupe recevant des soins usuels (35 généralistes, 7 à 8 patients par praticien) et un groupe traité par des soins optimisés (35 généralistes, 7 à 8 patients par praticien). Dans ce second bras, les patients sont pris en charge à l'aide des traitements assurant une cardio-protection et une néphro-protection optimales (i-SGLT2 et/ou AR-GLP1). Le but principal de l'étude est de démontrer une amélioration du nombre de patients bénéficiant d'une HbA1C individualisée dans la cible. Les critères d'inclusion concernent des patients de plus de 18 ans, avec une HbA1C ≥ à 7 % et des comorbidités (IC et/ou MRC et/ou MCVA). Rémunérés à l'issue de l'étude, les généralistes doivent remplir une fiche d'inclusion et de fin d'étude pour chaque patient et délivrer un compte rendu pour chacun tous les trois mois.

Une avancée attendue en termes de résultats cliniques

Pr Bernard Bauduceau, endocrinologue

POURQUOI EST-IL INTÉRESSANT DE DÉPLOYER DES SOLUTIONS NUMÉRIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE DE TYPE 2 ?

Le diabète de type 2 est, par essence, une pathologie complexe à prendre en charge. Elle exige en effet un suivi renforcé du patient pour favoriser son adhésion aux mesures hygiéno-diététiques et à la stratégie thérapeutique mise en œuvre. Il faut par ailleurs être très attentif aux risques multiples de complications, qui nécessitent une évaluation régulière. Par ailleurs, les avancées thérapeutiques récentes, comme les I-SGLT2 et les AR-GLP1, font évoluer les recommandations de prise en charge des patients. L'immense majorité d'entre eux sont suivis par les généralistes, qui ont peu de temps médical disponible. Le recours à l'expertise de diabétologues est de plus en plus difficile, en raison des tensions en termes de démographie professionnelle. C'est pourquoi il faut soutenir des initiatives comme DiabetoWise, dans la mesure où elles permettent d'améliorer les objectifs d'équilibre glycémique.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ATTENDUS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE CLINIQUE ?

L'objectif principal est de prouver l'amélioration de la part des patients atteignant la cible individualisée de HbA1C définie avec son médecin. Mais des objectifs secondaires sont également poursuivis, comme la valeur moyenne de l'HbA1C entre les groupes, la proportion des patients dans la cible pour le LDLc et la pression artérielle, ou encore la proportion de patients traités par des traitements antidiabétiques cardio et néphro-protecteurs. Nous chercherons par ailleurs à évaluer le niveau de satisfaction des généralistes qui participent au dispositif.

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim

Entreprise pharmaceutique familiale fondée en Allemagne en 1885, Boehringer Ingelheim est le premier laboratoire indépendant au monde. C'est aussi l'une des seules entreprises du secteur investies dans les domaines conjoints de la santé humaine et de la santé animale. Au cœur du concept One Health, il est présent dans six aires thérapeutiques : maladies cardio-métaboliques, maladies du système nerveux central, immunologie, oncologie, maladies respiratoires et rétinopathie.
Avec un chiffre d'affaires de 20,6 milliards d'euros (2021), le groupe emploie 52 000 personnes et compte 180 filiales à travers le monde.

DiabetoWise
est une initiative française
soutenue par Boehringer Ingelheim,
la Société Francophone du Diabète
et la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

PAYS DE LA LOIRE

Dix mesures urgentes pour la sécurité des gardes

Les différentes ADOPS* et l'URPS ML des Pays de la Loire ont conjointement formulé dix mesures « pratiques et concrètes » pour renforcer la sécurité des médecins libéraux et des salariés qui assurent la permanence des soins ambulatoires. Interdiction des gardes isolées, délocalisation des maisons médicales de garde près de lieux adaptés comme des casernes de pompiers, des gendarmeries ou des établissements de santé, déploiement de systèmes de sécurité et d'alerte pour les médecins de garde et les médecins mobiles, adoption d'un système unifié de déclaration d'incidents et de plaintes *via* les ADOPS, mise en place d'un comité de suivi régional de la PDSA… Ces propositions sont jugées urgentes dans un contexte marqué par la recrudescence des violences physiques et verbales envers les soignants. Au-delà des travaux menés en collaboration avec la préfecture de Loire-Atlantique, ces organisations professionnelles attendent un « engagement fort » de l'Agence régionale de santé, mais aussi des « résultats tangibles » dans les prochaines semaines. Ces revendications font suite à la violente agression subie par une généraliste qui assurait sa garde au sein du Centre d'accueil et de permanence des soins de Bouaye en septembre dernier.

(*) Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins – ADOPS.

BRETAGNE

Une nouvelle CPTS dans le Morbihan

Le Morbihan compte une septième CPTS. Selon les termes de l'accord conventionnel interprofessionnel signé fin octobre par les parties prenantes, elle regroupe 180 professionnels de santé qui couvriront un bassin de population de 25 000 habitants répartis sur 21 communes. Son projet de santé doit améliorer l'accès aux soins dans sa globalité, et notamment aux médecins traitants, *via* des actions pédagogiques dans le domaine des soins non programmés. Il doit également favoriser le développement des parcours pluriprofessionnels avec deux ambitions fortes : renforcer le lien ville/hôpital en sortie d'hospitalisation et formaliser un parcours de repérage et d'accompagnement de la fragilité pour les personnes âgées ; développer le repérage et l'accompagnement du risque suicidaire. Autre axe important du projet de santé : des actions de prévention seront menées dans tous les territoires pour retarder la perte d'autonomie, mais aussi pour sensibiliser professionnels de santé et grand public sur les notions de suicide et de souffrances psychiques. Outre des initiatives ciblées dans les champs stratégiques de la qualité et de la pertinence des soins, des travaux seront par ailleurs engagés pour rendre ce territoire plus attractif et attirer de nouveaux soignants.

NB : le taux de couverture en ACI du département morbihannais est désormais de 67 %.

ÎLE-DE-FRANCE

Une seconde édition très attendue

Dans le cadre de la Semaine de la santé des médecins libéraux, qui avait lieu début décembre, l'URPS ML d'Île-de-France invitait tous les praticiens de la région à remplir un auto-test thématique pour la seconde année consécutive. L'an dernier, les réponses fournies par 1 290 médecins libéraux franciliens avaient mis en exergue deux tendances lourdes : une forte proportion de répondants se situait dans une zone de risque que ce soit en matière d'épuisement professionnel (44 %) ou de dépersonnalisation et de perte d'empathie (55 %). 26 % d'entre eux déclaraient également n'avoir fait aucun dépistage ni aucun examen de contrôle durant les deux dernières années. Au-delà des résultats de cette seconde édition, qui seront publiés dans les prochaines semaines, cette campagne devait notamment permettre de sensibiliser les médecins libéraux sur leur propre santé, et les inciter à être prévoyants pour eux-mêmes et leurs proches. Elle devait également encourager des actions locales pour le bien-être collectif des professionnels de santé. Parmi d'autres initiatives, la commission exercice au quotidien de l'URPS ML a mis en place un numéro unique régional et un réseau de médecins référents pour prendre en charge leurs confrères en souffrance.

Maiia
AGENDA

L'autre solution de gestion de rendez-vous

- **Agenda médecin** personnalisable
- Prise de RDV en ligne **24/7, rappels SMS**
- Liste d'attente **intelligente**
- **Taux de RDV** non honorés le plus faible du marché*

Maiia pour les médecins, c'est aussi :

la téléconsultation

la messagerie instantanée sécurisée

la téléexpertise en partenariat avec Omnidoc

Scannez pour + d'infos

cegedim santé

** www.cegedim-sante.com/maiia-agenda-contre-les-rdv-non-honores*

CEGEDIM SANTE - SASU Capital 94 316 982,68 € - RCS de Nanterre 348 940 255 - 137 rue d'Aguesseau, 92100 Boulogne-Billancourt - Tous droits réservés - Document non contractuel - Septembre 2024

Assistant médical : une fonction essentielle

Le déploiement des assistants médicaux a notamment permis de libérer du temps médical, mais aussi de redy-namiser l'activité libérale. Malgré les dernières avancées conventionnelles, certaines spécialités sont toujours exclues des aides financières à l'emploi.

UN RÔLE MÉDICO-ADMINISTRATIF

Le métier d'assistant médical a été officiellement créé par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Selon les dispositions prévues dans le champ conventionnel, les assistants médicaux peuvent remplir des missions de nature administrative, des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation, et des missions d'organisation et de coordination, notamment avec les autres acteurs de santé impliqués dans la prise en charge du patient. Certains médecins libéraux peuvent bénéficier d'une aide financière, annuelle et pérenne, pour embaucher un assistant médical à mi-temps ou à temps plein. Elle est versée par l'Assurance Maladie, en contrepartie de certains objectifs individuels, comme la hausse ou le maintien de leur patientèle médecin traitant ou de leur file active.

UN CADRE REDYNAMISÉ

La nouvelle convention médicale comporte une série de mesures visant à accélérer le déploiement des assistants médicaux dans les cabinets libéraux, notamment *via* une revalorisation du montant des aides financières à l'embauche. Pour un salarié à temps plein, elle est désormais comprise entre 23 000 et 38 000 euros, soit une hausse de 5 %. Le texte prévoit également une refonte des objectifs et des modalités de recrutement. Outre la possibilité de recruter un assistant médical additionnel pour les MG exerçant en ZIP, les conditions ont été assouplies pour les médecins de plus de soixante-cinq ans, les médecins ayant une forte patientèle et les médecins primo-installés. Les objectifs de ce nouveau « contrat » sont clairement identifiés : retrouver du temps médical en libérant le médecin des tâches administratives ; améliorer les conditions d'exercice et la charge mentale du médecin ; renforcer la qualité et la coordination des soins au bénéfice du patient.

UN DISPOSITIF INÉQUITABLE

Malgré les avancées prévues, plusieurs spécialités sont formellement exclues du dispositif conventionnel. Les radiologues, les radiothérapeutes, les stomatologues, les anesthésistes, les anatomo-cytopathologistes et les médecins nucléaires ne bénéficient d'aucune aide financière. Les chirurgiens, les oto-rhino-laryngologistes et les gynécologues médicaux peuvent y prétendre, mais leurs honoraires issus d'actes relevant de la CCAM devront représenter moins de 20 % de leurs honoraires totaux au cours des douze derniers mois précédant la signature du contrat. Chaque médecin peut néanmoins recruter des assistants médicaux sur ses propres deniers dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur. Médecins généralistes, pédiatres, dermatologues… L'aide à l'emploi est principalement destinée aux médecins de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 ayant souscrit à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO.

LE CHIFFRE-CLÉ

15 000

La convention médicale prévoit la formation de 15 000 assistants médicaux d'ici à 2029… soit environ le double des effectifs actuels.

LE FAIT MARQUANT

Aide à l'emploi : une montée en charge « assez régulière »

Dans une étude publiée début décembre, l'Assurance Maladie dresse un « premier bilan » du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical, qui affiche une croissance « assez régulière » depuis son lancement et les premières adhésions au second semestre 2019. Cette analyse statistique révèle notamment une différence flagrante entre signataires et non-signataires sur deux objectifs clés : la patientèle médecin traitant (19,5 % *vs* 6,6 %) et la file active (4,5 % *vs* – 5,3 %). Quel que soit le mode ou le volume d'activité initial, tous les généralistes ont connu une « augmentation du nombre de consultations quotidiennes et du nombre d'actes par jour travaillé ». Les auteurs de cette étude demeurent toutefois prudents, estimant que des « limites méthodologiques » pouvaient « affecter la robustesse » de ces premiers résultats. Le panel étudié compare les pratiques de 402 médecins généralistes signataires et celles de 18 500 praticiens non-signataires.

NB : selon la Cnam, 7 240 contrats de ce type étaient recensés fin octobre, soit 5 238 généralistes et 1 957 spécialistes signataires.

CSP MED
FACILITE VOTRE QUOTIDIEN

QUE PROPOSE CSP MED ?

En adhérant à la solution CSP MED, vous choisissez une formule de gestion de vos salariés adaptée à vos besoins réels, sans surcoûts inutiles grâce à une tarification transparente et calculée au plus juste.

COMBIEN CELA VA-T-IL ME COÛTER ?

Vous avez le choix entre 2 formules :

Une formule "gestion sociale" uniquement

31 € HT / MOIS

- *Préparation et réalisation de la paie ;*
- *Bulletins ;*
- *Déclarations sociales ;*
- *Variables de paie sans surcoûts (primes, congés, maladie, heures supplémentaires).*

Une formule complète

5 % DU SALAIRE BRUT DU PERSONNEL DE CABINET

En plus de la formule "gestion sociale" :

- *Conseil juridique social, avenants, ruptures conventionnelles, procédures de licenciement, entretiens professionnels, etc.*

Le tout, sans aucun surcoût !

VOUS SAVEZ D'AVANCE CE QUE VOUS PAYEZ ! AUCUN COÛT CACHÉ !

Contactez-nous : info.services@csmf.org

Affichage : les obligations légales du médecin

Le Code de la santé publique impose aux médecins libéraux d'afficher certaines informations concernant leurs conditions tarifaires et statutaires. Pleins feux sur les obligations et les sanctions en la matière.

Les médecins libéraux ont un devoir de transparence vis-à-vis de leurs patients. Ils sont notamment tenus d'afficher certaines informations relatives aux conditions de prise en charge proposées. Le Code de la santé publique prévoit deux obligations notables en la matière : la situation conventionnelle du praticien et son secteur d'exercice ; les tarifs pratiqués et les montants remboursés par l'Assurance Maladie. Signe particulier : le moindre changement de situation doit impérativement être notifié. Le rappel est de circonstance. Médecins généralistes, pédiatres, psychiatres… Les premières augmentations tarifaires prévues par la nouvelle convention médicale, signée en juin dernier, sont entrées en vigueur le 22 décembre 2024.

LES OBLIGATIONS TARIFAIRES ET STATUTAIRES

Le cadre légal est très précis*. Les médecins libéraux doivent obligatoirement afficher, de manière visible et lisible, les tarifs ou les fourchettes de tarifs de leurs honoraires dans leur salle d'attente ou, à défaut, sur leur lieu d'exercice. Le montant du remboursement effectué par l'Assurance Maladie doit aussi être indiqué. Cette obligation d'affichage concerne différentes prestations, si elles sont proposées, dont la consultation, la visite à domicile, la majoration de nuit, la majoration de dimanche, les majorations appliquées dans le cadre de la permanence des soins… et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées. Outre les tarifs de leurs honoraires, les médecins doivent également afficher certaines informations concernant leur situation conventionnelle. À noter : les mentions légales devant y figurer varient selon le secteur d'activité du praticien ; les médecins non conventionnés ne dérogent pas à la règle. Trois modèles types peuvent être gratuitement téléchargés sur le site de la CSMF.

LES SANCTIONS FINANCIÈRES

Le non-respect des obligations d'affichage des tarifs des honoraires est sanctionnable. Deux niveaux de contentieux sont prévus par les textes en vigueur. En cas de première constatation d'un manquement, les agents habilités notifient un rappel de la réglementation mentionnant la date du contrôle, les faits constatés et le montant maximum de l'amende administrative encourue par le médecin visé, qui dispose alors d'un délai de quinze jours pour régulariser la situation. En cas de nouvelle constatation d'un manquement, une fois ce délai de mise en conformité écoulé, le représentant départemental de l'État lui notifie les manquements reprochés et le montant de l'amende administrative envisagée. Le praticien concerné peut néanmoins présenter ses observations écrites ou orales dans un délai de quinze jours francs à compter de la notification ; il peut être assisté, le cas échéant, par une personne de son choix. À l'issue de ce nouveau délai, le représentant de l'État peut prononcer une amende administrative, dont le montant ne peut excéder 3 000 euros ; il doit indiquer le délai de recouvrement** et les voies de recours possibles.

(*) Les obligations relatives à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé sont précisées dans le décret n° 2009-152 du 10 février 2009.
(**) Les conditions de recouvrement des amendes prononcées sont détaillées dans les articles 76 à 79 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique.

Hausses tarifaires : la pédiatrie en première ligne

Les premières hausses tarifaires, prévues par la nouvelle convention médicale, sont entrées en vigueur le 22 décembre dernier. De nombreuses revalorisations sont notamment intervenues dans le secteur de la pédiatrie. Les nouveaux tarifs applicables concernent les trois consultations obligatoires avec certificat pour les enfants (54 euros) et les autres examens obligatoires jusqu'à deux ans (45 euros), mais aussi les consultations de suivi courant pour les enfants de moins de deux ans (39 euros), les consultations de suivi courant et les examens obligatoires pour les enfants de deux à moins de six ans (35 euros) et les consultations de suivi courant pour les enfants de six ans et plus (31,50 euros). Tous les pédiatres doivent donc penser à afficher les nouveaux tarifs de leurs honoraires dans leur cabinet.

GOLFY G CAHPP

ALLIANCE
CAHPP - GOLFY

S'ASSOCIENT POUR VOUS PROPOSER UNE OFFRE GOLFIQUE INCROYABLE

Avec plus de 180 parcours et hôtels en Europe, Golfy propose un terrain de jeu exceptionnel aux golfeurs passionnés, en leur donnant accès à une expérience golf & art de vivre inégalée.

LA CARTE PLATINE

L'ATOUT MAJEUR DES GOLFEURS PASSIONNÉS

30 % de remise sur les *green-fees*, un invité bénéficiant des mêmes remises, 25 % de remise sur les séjours « Coups de Cœur », le meilleur tarif garanti sur l'hébergement, les Rendez-Vous Platine : jusqu'à -50 %, le programme de fidélité Golfy.

www.golfy.fr

csmf

Offre spéciale non cumulable, réservée aux adhérents de la CSMF
(carte platine sans GF inclus) – Achat en ligne uniquement

MACSF

RETRAITE

PUB MACSF BATEAU
Attente fichier avec bords perdus

oui, votre retraite peut ressembler à celle dont vous avez *rêvé*

Découvrez les opportunités offertes par notre Plan d'épargne retraite[1] qui profite :

- ✓ d'une fiscalité avantageuse,
- ✓ d'un des meilleurs taux de rendements des fonds en euros cette année : 3,10 %[2],
- ✓ de frais parmi les plus bas du marché[3].

Il existe un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte[4].
Avant tout investissement, consultez un conseiller MACSF.

Ensemble, prenons soin de demain

En savoir plus :

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

24_198 - 05/2024 - Création : dps - Crédit photo : Getty Images

PUBLICITÉ

(1) RES Retraite est un plan d'épargne retraite sous la forme de 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.
(2) Taux de rendement du fonds en euros RES Fonds de Pension net de frais de gestion, brut de prélèvements sociaux et fiscaux. Les performances passées ne préjugent pas des performances futures.
(3) Frais sur versement de 0,60 % en prélèvement automatique et de 3 % seulement pour les versements libres. Des frais de gestion de 0,50 %. Aucuns frais d'arbitrage (hors supports en unités de compte représentatifs d'actifs non cotés en dette privée selon conditions) ou de changement de profil.
(4) 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 - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 - 92919 LA DEFENSE CEDEX.