

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE SAMEDI 28 JANVIER 2017

PRESENTS : Drs Luc DUQUESNEL (Président), André NOUAILLES (Aisne), Laurent DANIEL (Allier), Lucien CHAULIAC (Bouches du Rhône), Nicolas SAINMONT (Calvados), Pierre-Philippe BRUNET (Charente), Béatrice FAZILLEAUD (Secrétaire générale, Charentes Maritime), Jean-Christian BASSET (Cher), Nadia SIMON (Côtes d'Armor), Jean-Marie CONQUET (Creuse), Stéphane ATTAL (Doubs), Jean-Pierre BRUNOT (Gard), Michel COMBIER (Haute Garonne), Dany GUERIN (Gironde), Jean-Michel LEMETTRE (Indre et Loire), Yannick FREZET (Loire, Président de la CSMF Jeunes Médecins), Michel BACHELET (Loire Atlantique), Fouad OU-RABAH (Lot et Garonne), Bertrand DEMORY (Nord), Pierre-Paul SCHLEGEL (Haut Rhin), Monique LUTTENBACHER-RUBEL (Haut Rhin), Dominique CHAPUIS (Saône et Loire), Sophie FOURNIER (Sarthe), Julie MAZET (Haute Savoie), Patrick CZERWINSKI (Seine Maritime Le Havre), Michel MONDRZAK (Seine et Marne), François VERDON (Vendée), Jean-Pierre RAYMOND (Hauts de Seine), Georges SIAVELLIS (Seine Saint Denis), Alain LECLERC (Val de Marne), Hervé GIN (La Réunion), Dominique RICHTER (Président du SMACMAC), Vincent BOUIC (Directeur des opérations - Evolutis DPC), Laurence NOEL (Assistante de direction).

ABSENTS EXCUSES : Drs Bernard ODDOS (Président du SMC-EHPAD), Bernard Ortolan (Directeur scientifique - Evolutis DPC), Elisabeth ROUSSELOT-MARCHE (Ardennes), Alexis PERRET (Ardèche), Jeanine AUNAVE-GLESNER (Drôme, pouvoir Dr Frézet), Véronique FAUCHIER (Eure et Loir, pouvoir Dr Basset), François POULAIN (34 Montpellier Lodève, pouvoir Dr Brunot), Frédéric MAS (Ille et Vilaine, pouvoir Dr Simon), Sylvaine LE LIBOUX (Indre, pouvoir Dr Lemettre), Guillaume DARMAILLACQ (Landes, pouvoir Dr Guérin), Xavier GAUFROY (Loiret, pouvoir Dr Lemettre), Jean-Charles DELESTRE (Maine et Loire, pouvoir Dr Duquesnel), Jean-Paul DOULET (Marne), Antoine GUINOISEAU (Haute Marne), Rémi UNVOIS (Meurthe et Moselle, pouvoir Dr Richter), Sophie SIEGRIST (Meurthe et Moselle), Philippe DESPIERRE (Morbihan, pouvoir Dr Fazilleaud), Jean Daniel GRADELER (Moselle, pouvoir Dr Duquesnel), Jean LAFARGUE (Moselle), Xavier BUCHHOLTZ (Nièvre, Pouvoir Dr Chapuis), Pierre-Marie COQUET (Nord, pouvoir Dr Demory), Bertrand LEGRAND (Nord), Benoit BOUDOYEN (Puy de Dôme, pouvoir Dr Duquesnel), Christian VEDRENNE (Pyrénées Orientales), Jean-Baptiste THIBERT (Pyrénées Orientales, pouvoir Dr Brunot), Michel TILL (Rhône, pouvoir Dr Frézet), Mickaël RIAHI (Paris, pouvoir Dr Frézet), Jean-Marie CONESA (Yvelines, pouvoir en blanc), Stéphane DELABROYE (Deux Sèvres, pouvoir Dr Fazilleaud), Franck GARATE (Somme, pouvoir Dr Nouailles), Jean Daniel BARNOUIN (Vaucluse, pouvoir Dr Leclerc), Laurent TOMA (Haute Vienne, Pouvoir Dr Brunet), Claude MARTINEAUX (Val d'Oise).

Retrouver l'ensemble des documents remis ou discutés en séance sur le « porte documents »

Pour y accéder :

Cliquer sur <http://www.lesgeneralistes-csmf.org/dmanager/php/login.php> (lien que vous pouvez mettre dans vos favoris sur le navigateur)

Codes d'accès :

Nom de l'utilisateur : **aglesgeneralistescsmf**

Mot de passe : **28012017**

puis **cliquer sur « AG 28 janvier 2017 »** pour accéder aux documents.

Ordre du jour :

- Pouvoirs à donner,
- Approbation du compte rendu de l'Assemblée générale du 30.01.2016,
- Rapport de l'Expert-Comptable sur les comptes de l'exercice clos le 31-12-2016,
- Approbation des comptes annuels de l'exercice clos le 31-12-2016 et quitus aux administrateurs,
- Affectation du résultat 2016,
- Compte rendu d'activités 2016 de la Secrétaire Générale,
- Rapport moral du Président et débat d'orientation de politique générale des « *Les Généralistes CSMF* » pour 2017,
- Questions diverses.

Introduction de Luc Duquesnel, Président

Rappel : les documents dont nous parlerons sont tous dans le porte document.

Motion en fin de journée.

Tour de table, présentation des représentants départementaux

- Pouvoirs à donner,
- Approbation du Compte rendu de l'AG du 30 janvier 2016 : (dans le « porte document ») Questions : 0
Vote : approuvé à l'unanimité.

Etat d'avancement FORMUNOF : Présentation de Vincent Bouic :

Contexte de la formation, EVOLUTIS DPC créé en 2012, c'est un GIE qui permet de mutualiser les 4 organismes de formation, les fédérer, les faire avancer de façon coordonnée. Objectif : créer une plateforme d'expertise et avoir un soutien logistique = 8 personnes dédiées. Cela permet de mieux résister aux évolutions régulières du dispositif de FMC.

Activités 2016 : FORMUNOF progresse constamment depuis 2012 et a atteint une vitesse de croisière aux alentours de 400 000 euros / an. Il faut maintenir cette dynamique dans un contexte assez compliqué. Objectif 2016 était de 360 000 euros, atteint 432 000€. Soit 100% du budget FAF consommé et le DPC aussi a bien fonctionné malgré l'arrêt du financement par l'ANDPC le 12 août.

Objectif 2017 : deux enjeux majeurs

- Le nouveau dispositif : ANDPC, l'ensemble des règles a changé. Nous devons nous mettre en conformité. Il faut anticiper les programmations, car en fin de 2eme semestre il n'y aura plus d'argent. Premier changement = nous aurons plus de contrôle par l'ANDPC, la CSI a une feuille de route, le tri sera fait par l'agence. Les organismes seront épurés. Objectif : ralentissement de la consommation de l'enveloppe afin que les organismes sérieux puissent travailler jusqu'en fin d'année. A compter de 2017, chaque médecin libéral a une enveloppe de 21h = 2940 euros soit 140 euros / h de formation partagé en :
 - une part pour l'organisme,
 - une part pour le médecin.

Si l'on parle des journées de formation avec pré et post test : cela permet de faire trois jours par an. Sur les 21 h, nous pouvons faire 10h non présentielle. Conclusion : il faut faire des formations présentielle, l'idéal est la formation d'une journée, soit 7h.

- Catalogue des thèmes : en cours de réalisation (puisque tout a changé)
- Les différents formats :
 - o Régionales du DPC :
 - o Formations virtuelles (par visioconférence...)
 - o Evènements nationaux : Printemps du DPC, Automnales du DPC
 - o FAF PM : sera consommé sans difficulté (formations sur les logiciels ...)
- Ce qui est demandé aux régions : se positionner rapidement, pour les formations en région soit **avant fin février** car ensuite il faut recruter.
- Les régionales du DPC : ça avance, il faut jouer la proximité. Puis l'enjeu est de les remplir.
Il reste encore un peu de temps pour faire des formations ce premier trimestre.

Question : 2940 euros ? = soit par médecin ? 2 jours de présentiel (un vendredi- samedi) et peut encore faire une journée. Trois jours au total = 3 formations de 7 h chacune.

Formations « Permis de conduire » : Un jour et demi. Fait partie du DPC. Seul FORMUNOF le fait.

L.Duquesnel : il faut poursuivre dans ce sens, cela permet d'avoir une remontée des cotisations des régions organisant ces formations Evolutis DPC.

Courrier reçu du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) : de la part de Vincent Renard, la formation des maîtres de stage. Sur l'enveloppe DPC destinée, il a été décidé que cette enveloppe soit diminuée. Le CNGE crie au scandale. Au-delà de la diminution des gains pour le CNGE, le plus grave : moins d'argent pour la formation des maîtres de stage et le risque : formation qui sera faite par l'Université.

L.Duquesnel : l'ensemble des syndicats est contre le monopole du CNGE, c'est à V.Renard de mettre tout le monde autour de la table et de partager le gâteau avec les syndicats. Cela va être fait.

M. Mondrzak : dans son département, le Conseil Général a fait une formation de maîtres de stages.

M. Combier : Formation MSU hors forfait DPC, puisque l'enveloppe avait été réduite pour toutes les formations, il avait été décidé que les formations hors forfait seraient aussi réduites. Nous espérons que le CNGE va jouer le jeu. L'Université c'est les DUMG qui vont former les maîtres de stage.

N. Sainmont : l'Université se penche très sérieusement sur la formation continue, des terrains de stage « autres » spécialistes vont être ouverts. La nouvelle maquette de médecine générale (rentrée 2017) a besoin de plus de terrains de stage en médecine générale, car 2 stages seront obligatoires (contre un seul actuellement). Diminuer les budgets dédiés n'est pas acceptable. Il faut trouver des financements.

Il semble aussi que le CNGE a fait dans le budget « maîtres de stage » des formations « non maître de stage ».

Les autres spécialités voient cela de prêt : ils ont aussi besoin d'avoir des MSU.

Intérêt de ces formations : hors quota, ce sont les seules (PAERPA c'est fini). Donc c'est « une niche ».

Rapport de l'Expert-Comptable sur les comptes de l'exercice clos le 31-12-2016,

En l'absence l'expert-comptable, présentation des comptes, par le Dr Bertrand DEMORY, trésorier.

Cette année a été marquée par un fait important, non signature de la convention, alors nos cotisations deviennent la seule source de revenus du syndicat.

Les charges restent les mêmes. Loyer, assurance, entretien bureau, vacations, honoraires webmestre, stands FFMPs, CMG, frais de déplacement, dépenses des AG (3 en 2016), affranchissement, services bancaires, Honoraires comptables = - 192 551 euros

Les produits : cotisations, GIE médecins confédérés, Sopromed, ACFM, vente de tee shirts, subvention CSMF 54 et 76 et FMPU 54, produits financiers) = +213 342 euros

Soit un total : + de 20 791€ euros pour 2016.

Malgré ce solde positif, nous devons encore 5340 euros à la CSMF.

Si on enlève les subventions exceptionnelles de Sopromed et de l'ACMF, on « est dans le rouge ».

Et nous devons financer la nouvelle plaquette de nomenclature CCAM 2017.

Aucune remarque suite à la présentation de ces comptes.

Approbation des comptes annuels de l'exercice clos 2016, quitus aux administrateurs Vote pour approbation et quitus aux administrateurs : approuvé à l'unanimité

Affectation résultat 2016 : Vote : approuvé à l'unanimité.

Syndicalisation : Luc Duquesnel

Il faut faire remonter les cotisations. Il n'est pas acceptable que certaines régions aient une baisse de moitié d'une cotisation d'une année sur l'autre.

Certains départements ne remontent plus à Paris qu'une ou deux cotisations par an, parfois aucune !

Certains départements proposent une cotisation à ses retraités : ça marche.

Nous voyons, que malgré les départs en retraite, dans certaines régions, les cotisations se maintiennent.

Maintenant, nous avons 250 cotisations en moins par rapport à 2015. Ceux qui ne jouent pas le jeu mettent en danger la CSMF.

Compte rendu d'Activités 2016 - Béatrice Fazilleaud (secrétaire générale) : (présentation sur le porte documents)

Liste des communiqués 2016 : beaucoup sur les négociations conventionnelles 2016, le mot d'ordre C à 25€, le refus de la loi de santé, mouvement de contestation,

Les affiches CSMF ou UNOF à mettre dans nos salles d'attente.

TPG : n'est plus obligatoire sur la part complémentaire. Uniquement pour les médecins volontaires. Mais le 30/11/2017 il devrait être obligatoire pour tous pour l'AMO.

Assises de médecine libérale : 11 février 2016

Négociation conventionnelle : de février à août 2016. Nos propositions = abandon du TPG, revalorisation du C à 30€ de base avec 3 niveaux supérieurs en fonction de la complexité de la consultation...

Comité directeur du 4 juin avec une motion votée. Pour revaloriser notre spécialité et amplifier le mouvement de désobéissance tarifaire.

11 juin : la CSMF qui propose le New Deal en 10 points.

Juillet : AGE UNOF : contre le projet de convention..... et AGE CSMF : contre aussi.

AGE CSMF du 25 août : contre la convention car parcours de soins non valorisé, les consultations complexes peu valorisés, texte de nature à ne pas fédérer les médecins, Les avancées de ce texte sont insuffisantes notamment pour les pathologies complexes, les visites à domicile, .. Mais avec un ONDAM restant bas et quasi identique pour l'hôpital et la ville, les comptes n'y sont pas.

Non signature de la convention : La CSMF n'a pas signé mais la convention s'appliquera car 3 autres syndicats ont signé.

Les discussions se poursuivent avec les candidats à la présidentielle 2017.

Nous sommes absents des Commissions paritaires. Les CPAM s'organisent avec les autres syndicats.

La CSMF poursuit sa présence aux négos conventionnelles, mais découvre les documents le jour de la réunion.

Mouvement tarifaire Romillé (Bretagne) : conflit entre la directrice de CPAM et le Maire de Romillé au sujet du mouvement du C à 25 euros. C'est le seul département où il existe un mouvement général de la caisse contre les C à 25€ des médecins.

Haut de France : pétition pour avoir le stationnement gratuit pour les médecins.

Châtellerauld (86) : agression d'une femme médecin par un patient.

Dossier en cours : Fédération des Soins Primaires (FSP) : 9 décembre 2016, on en parlera cet après-midi.

Convention signée en août. Voir sur améli.fr. « Convention 2016 »

Déclaration « médecin traitant de l'enfant » : on peut le faire depuis le 7 décembre 2016.

La loi : LMSS/LFSS

Grosses conséquences pour les médecins généralistes. PTA ; PDSA : 116-117 ; ...

Généralisation du tiers payant.

Courrier de liaison ville ↔hôpital

Vaccination des pro de santé

Suppression du 2eme collège.

Droit à l'oubli

Don d'organe

ALD : les protocoles simplifiés

PLFSS 2017 : 86,6 milliards d'euros.

Le syndicat : 30 janvier 2016 : Nouveau bureau, statuts modifiés.

Nouveau nom « Les Généralistes CSMF » et nouveau logo présenté en septembre 2016.

Discussion :

G.Siavellis : La CPAM a du mal à expliquer la nouvelle convention aux médecins.

Nous : non signataires.

Rappel des conventions précédentes, quand nous avons expliqué les deux précédentes, mal perçu par les autres médecins.

Une convention : c'est un compromis.

PP Schlegel : sans expliquer la convention, nous devons tout de même expliquer aux autres de l'appliquer.

Logiciels ont du retard, mais n'ont rien reçu de la CNAM : si la CNAM leur donne les buts à atteindre, ils feront.

L.Duquesnel : questions du médecin de terrain = la peur de sanction en cas de refus d'application du TPG.

L.Chauliac : si nous expliquons la convention, il faut aussi dire **ce qui ne va pas**.

Luc : par exemple, les consultations longues mal rémunérées.

M. Luttenbacher Rubel : si nous lisons la convention 2016, la base du généraliste = rhino, gastro... C'est non valorisant pour les généralistes. Et nos consultations complexes et longues quotidiennes ne se trouvent pas sur Améli.

Faire un mouvement : « dans mon cabinet la consultation est au minimum de 25 euros... ».

A. Leclerc : Avec les patientèles de plus en plus grosses, les médecins installés depuis longtemps gagnent de plus en plus. Mais les jeunes, non ; alors cela ne les incite pas à s'installer.
Pas de réunion d'infos faite, car ne sait pas sur quoi communiquer.

L. Duquesnel : oui mais la caisse informe aussi, les autres syndicats aussi...

B. Demory : en moyenne nous avons 1000 patients/ médecin. Dans les autres pays, les médecins ont plus de patients mais ils délèguent. Tant que nous verrons le patient du début à la fin sans déléguer, nous serons mal rémunérés (= faire déshabiller le patient, vérifier la carte vitale, vérifier la mise à jour, puis s'occuper de la feuille de soins, du paiement, ce n'est pas à nous de le faire).

Les ophtalmos emploient des orthoptistes et ils partagent la rémunération.

M. Comber : nous ne sommes pas assez forts. Dès qu'il y a une grippe, on nous dit que l'on est débordé, même si nous travaillons 60h/ semaine.

On dénigre 1,3 milliard d'euros, avons-nous évalué ce que coutera le « New Deal » ? 5 milliards ? Qui nous le donnera ? Actuellement, le C passant (avec majoration) à 25€, les médecins ne le refuseront pas, « médecin traitant de l'enfant » : il faut le faire.... Pour l'instant, en médecine générale, nous devons avoir les moyens d'être aidés : il faut des compléments d'honoraires, permettant de continuer à nous occuper (voir au Québec ...) des patients grâce à d'autres profs de santé. Nous ne pouvons pas tout obtenir en une convention. Des médecins font de la rhino, de la gastro tous les jours, alors les bons médecins ne doivent pas se sentir humiliés. Certains ne font pas de visites.

Les médecins généralistes qui s'en sortent le mieux avec cette nouvelle convention : les plus âgés ayant une grosse patientèle (c'est le communiqué de l'ISNAR IMG sorti hier)

Les jeunes médecins doivent réfléchir à la future convention.

Nous devons trouver le modèle nous permettant de prouver que nous sommes les seuls à faire notre travail et de mieux travailler.

M. Luttenbacher Rubel : oui, il faut être irremplaçable et pouvoir dire le nombre maximal de consultations à faire en une journée. Effectivement, demander comment ça va, prendre la TA : ce n'est pas notre travail. Nous avons mieux à faire.

G. Siavellis : idem. Il ne faut pas passer son temps à courir après l'acte.

F. Verdon : comment faire pour ne pas être salarié d'ici 10 ans ? Comment doit-on se définir ? Simplifier la rémunération.

L. Duquesnel : Travail de la Cour des comptes : la démographie des médecins généralistes baisse depuis 5 ans et va poursuivre dans ce sens pendant 10 ans, contrairement aux autres spécialités médicales.

Le contenu de notre consultation ? Quelle est notre plus-value ? Quels indicateurs pour le financeur afin de mieux nous revaloriser ? En effet, si un médecin ne fait que de la consultation de niveau 4, il faut des indicateurs permettant de vérifier, sinon risque de fraude.

Nous avons à plusieurs reprises cette problématique sans apporter de réponse car elle remet en cause partiellement un dogme pour nous qui est le paiement à l'acte. La question est posée de savoir si la bonne réponse ne serait pas, pour les patients polyopathologiques, un forfait annuel par patient. Ce que veut le politique et l'assurance maladie, c'est l'assurance d'une prise en charge de qualité de ces patients tout au long de l'année.

La Mutualité (St Nazaire) : clinique rachetée par la Mutualité, des super salaires ont été négociés par les chirurgiens → conséquence : leur activité a diminué de moitié.

Quand on fait une proposition, nous devons la chiffrer sinon : refus des financeurs.

J. Mazet : Avec les nouvelles générations de médecins, les financeurs savent que le nombre d'actes va diminuer alors ils savent que les dépenses vont diminuer.

M. Comber : la consultation de qualité = une absurdité pour les politiques. Ce qu'ils demandent : une réponse à la demande de soins.

Exemple des urgences : une infirmière reçoit les patients 24h/24, même si c'est une réponse de mauvaise qualité.

Si les jeunes font une demi-journée de consultation de bonne qualité, et rien l'autre demi-journée → ne convient pas aux politiques. Leur demande : que nous répondions à la demande → donc avoir un cahier des charges permettant de répondre à la demande.

Dans certains pays : pas de mutuelle, les soins de base sont pris en charge par un seul payeur, et s'ils veulent d'autres remboursements, ils peuvent avoir une mutuelle.

Notre reste à charge est le plus bas d'Europe.

Demain philosophiquement, pourquoi contractualiser plutôt qu'avec une mutuelle qu'avec une autre.

F.Verdon : nous sommes contre le TPG,

M.Combier : les autres spécialités ne sont pas contre.

L.Duquesnel : notre demande à la Ministre : en PDSA de faire le tiers payant total aux patients, la Ministre avait refusé.

Communication :

- **Site « Les Généralistes CSMF »** : le site va être relooké, opérationnel fin février.
- **Participation des « Généralistes CSMF » a 2 congrès en mars : Lyon Journées FFMPs à LYON et Congrès de Médecine Générale à PARIS** : nous y serons, les cadres doivent venir.
- **Nouvelle plaquette CCAM 2017** : sera sur le site. Nous avons besoin de budget pour la forme « papier » qui résiste mieux que la plaquette imprimée par ordinateur.

Prochaines réunions « Les Généralistes CSMF »

- **Prochain Comité directeur : le vendredi 10 mars à 17h.** Il sera précédé d'un séminaire la journée sur « les stratégies de communication »
Pour info, le 11 mars : Conseil confédéral + 12 mars : AG CSMF
- **Vendredi 08 décembre** : séminaire « parcours de santé du patient, exercice coordonné » + 17h00 comité directeur (veille conseil confédéral)
- Les autres comités directeurs auront lieu des samedi (dates dans pochette et porte document)

Actualités politiques :

- **Mise en œuvre de la LMSS : Loi de modernisation du système de santé** : nous impacte directement dans notre activité quotidienne : GHT, PTA... La loi a été votée et se met en place. Tout va être accéléré avant que la Ministre ne quitte son poste.
- **Présidentielles** (Prévention, AMO/AMC, Démographie Médicale, Actes / Forfaits, TPG, Innovation)
Programmes santé des candidats à la présidentielle : (dans le porte document)
Qui mettra la croix pour savoir si l'acte est remboursé par CPAM ou pas ? L'observance : qui dira si le patient n'est pas observant. Le tabagique cancéreux qui poursuit son intoxication : sera-t-il remboursé ? Le cirrhotique qui boit : sera-t-il toujours remboursé ?
Nous sommes là pour accompagner les patients pas pour les juger.
Le reste à charge : Pour les patients non CMU, sans ALD : leur reste à charge augmentera
Certains candidats veulent augmenter le forfait / acte (Macron), d'autres veulent supprimer le forfait, d'autres veulent salarier les médecins (Mélenchon).
Voir la presse, travail de l'UPSO (syndicat de pharmaciens) qui montre le travail administratif des officines augmenté à cause du tiers payant.
Chez les médecins, vu la surcharge de travail : beaucoup ont arrêté de pointer le paiement réel de leurs actes en tiers payant pour rectifier les erreurs.
A l'hôpital, qui s'occupe du recouvrement : le Trésor Public.

Après les élections présidentielles auront lieu les élections législatives : dans certains départements, il est habituel d'inviter les candidats afin de leur dire notre position sur la santé. La salle est remplie. En général, la salle se défoule et l'élu apprend, prend de notes puis répond.

- **« New deal » de la CSMF** : il a fallu batailler pour faire rentrer le médecin traitant dans ce new deal. Attention à ceux qui veulent prendre notre place.

Actualités conventionnelles :

Notre convention : Avenants : Médecin traitant de l'enfant concerne les généralistes, les pédiatres.

CNAM : Négociations conventionnelles actuelles = télémedecine :

- a) Acte de télé expertise entre deux médecins généralistes pour un patient admis en EHPAD : TDT (Télé expertise Dossier Traitant) = 15€
- b) Acte de téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital relevant d'un appel au centre de régulation des urgences : TTE (Téléconsultation médecin Traitant avec EHPAD) = C ou CS + MMG = 25€
- c) Acte de télé expertise entre le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque et le médecin cardiologue correspondant dans le cadre du parcours coordonné de soins
- d) Acte de télé expertise entre le médecin traitant d'un patient porteur d'une plaie chronique et un médecin spécialiste correspondant dans le cadre du parcours coordonné de soins

Les points c) et d) : pas de rémunération pour le généraliste qui est le requérant, pas normal. Mais cela concerne l'article 36 de la loi où n'existe pas de rémunération pour le requérant. Cela sort du cadre de l'article 36 → A redéfinir.

Dans certaines régions : l'acte c) est rémunéré : Hauts de France.

Avenant maternité, paternité : 20 millions d'euros (voir compte rendu sur porte document) : ce n'est pas une prestation sociale, c'est un avantage social. En effet, actuellement, pour les médecins libéraux secteur 1, PTMG cela existe, puis avait été étendu à l'ensemble des médecins libéraux, mais sur intervention de la Ministre de la Santé, cela a été réduit uniquement au secteur 1 et les secteurs 2-OPTAM. Donc discrimination. Une idée : que les secteurs 2, cotisant soient pris en charge, mais cela ne rentre pas dans le cadre du PLFSS. Proposition du BLOC/ RCP des chirurgiens, la caisse en prend une part en charge moindre pour les non-OPTAM. Il est urgent de voter cet avenant car de nombreuses femmes sont en âge de procréer. Sachant que, après le vote, il faut 6 mois de délai pour l'application, et si les stabilisateurs éco entrent en action, il ne sera pas appliqué...

Exclure les médecins de secteur 2 non OPTAM 1300 femmes, c'est vraiment très peu, le gouvernement refuse de les prendre en charge par idéologie.

Avenant ROSP Endocrino : une partie déclarative, une partie indicateurs. Concernera thyroïde, diabète. Le problème, il faut des indicateurs représentatifs de tous les endocrinologues. Exemple : ponction de thyroïde, très peu en font. Bio similaires... Mais cet avenant est en discussion depuis... 2013.... Et la caisse ne propose rien de constructif. Actuellement, les endocrinos perçoivent le forfait structure (comme tous les autres spé), il faut ajouter le reste.

Refus de MG France que les indicateurs entre médecin traitant et endocrinos soient les mêmes. ?

ACI : Accord Cadre Interprofessionnel a permis de financer les Maisons et Pôles de santé, c'est important. Bien sûr nous savons qu'actuellement ces MSP sont régies par le Règlement arbitral.

Bilan fait, les anciennes structures : 52% ne perçoivent pas la totalité de la somme qu'elles percevaient avant... Fin 2016 une compensation était prévue, elle devrait être étendue pour 2017 et probablement 2018 (actuellement le montant perçu avec le R.A :45000 euros / structure).

Le montant sert à financer :

- Coordination administrative,
- Mise en œuvre des projets de santé,
- Rémunérer les professionnels de santé pour ce qu'ils font qui n'est pas rémunéré par l'acte de consultation (réunions, coordination...).

Mais l'enveloppe est insuffisante, alors les maisons et pôles de santé se trouvent confrontées à un choix : soit financer la coordination administrative pour mener à bien les projets de santé, soit rémunérer les prof. de santé. Ce qui a été demandé = doublement de l'enveloppe à périmètre constant d'activité.

Quand 10 professions de santé autour d'une table, les négos sont difficiles.

Droit d'opposition : il faut un nombre **représentatif** de prof de santé (voir porte document)

Document négos FFMPs sur le « porte document ».

Indice de satisfaction « patient » : pour permettre aux maisons de santé de s'adapter et mieux répondre à la demande.

Problème actuel des pôles de santé : en multi site, il faut le même logiciel pour tous afin de mieux être coordonné. Ou alors, avoir des solutions alternatives.

Question : et le DMP ? réponse : si tout le monde a le même logiciel le problème est résolu. Sinon, il existe des abonnements de coordination pour les prof n'ayant pas le même logiciel métier, sinon, mais après négo ARS, il est possible d'utiliser le DMP.

ACIP : Accord Cadre Interpro mais au travers de l'UNPS, permet à tous les libéraux d'être rémunérés pour des actes de coordination.

Négos 2015 en échec car deux modèles opposés :

- CNAM : somme fixe par patient quel que soit le nombre de professionnels autour. Cela pose un problème car plus le patient est polypathologiques → plus de profs s'en occupent et moins d'argent pour chacun.
- Modèle UNPS : chaque prof a un acte de coordination : la CNAM a refusé car ne peut pas s'engager s'il ne connaît pas le nombre de prof et donc le total du budget à consacrer à l'avance.

Autres professionnels de santé :

Suite à notre convention, il a fallu revaloriser l'ONDAM (1,8% à 2,1%), c'est la première fois que cela se passe.

Dentistes : leur négo conventionnelle mal en point → manifestations des jeunes.

Les pharmaciens commencent la leur en février.

Puis les autres professionnels suivront.

G Siavellis : 2017, risque de déclenchement du comité d'alerte.

Réponse de Luc : à chaque nouvelle convention, signature, un mois après publication au J.O puis application 6 mois après. Si le comité d'alerte est déclenché, les revalorisations prévues après ce déclenchement peuvent être, en l'absence d'accord conventionnel, reportée au 1^{er} janvier d l'année suivante.

Rapport moral du Président et débat d'orientation de politique générale des « Les Généralistes CSMF » pour 2017 :

• **Evolution de la médecine générale :**

- Enjeux de santé populationnelle, enjeux territoriaux (PPT dans les documents)
- Concurrence hospitalière
- ESP : L'équipe de soins primaires est "un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours". Ils doivent élaborer un projet de santé qui "a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé", selon la loi.

L'instruction, rédigée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et datée du 2 décembre, explique qu'une ESP peut prendre la forme d'une maison ou d'un centre de santé, mais aussi "revêtir d'autres formes de coopération, plus légères".

Dans ce cas, le projet transmis à l'ARS "devra a minima décrire, outre l'objet de l'ESP [...], les membres de l'ESP, les engagements des professionnels sur les modalités du travail pluri-professionnel : organisation des concertations, protocole(s) pluri-professionnel(s), dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données [...] et les modalités d'évaluation de l'amélioration du service rendu". L'initiative de créer une ESP "peut revenir à tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premier recours" (médecins généraliste, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, sage-femme, professionnels de la protection maternelle et infantile -PMI...).

Le projet "couvre des thématiques variées, issues du choix de ses membres : prise en charge de personnes vulnérables (qu'elles soient âgées, précaires, handicapées ou atteintes de maladies chroniques), soins palliatifs à domicile, réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets...", suggère la DGOS.

○ **CPTS**

La communauté professionnelle territoriale de santé a une approche "populationnelle". Contrairement à l'ESP, son projet de santé "ne vise pas seulement à améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur mais aussi à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire".

Selon la loi, la CPTS "est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs [ESP], d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours [...] et d'acteurs médico-sociaux et sociaux". Ce dispositif remplace celui des pôles de santé, tandis que les maisons de santé "hors les murs" sont "assimilées à des ESP", commente la DGOS.

"Il n'y a pas de forme juridique privilégiée pour cette formalisation, qui est laissée à l'appréciation des professionnels concernés", ajoute-t-elle.

Les rubriques attendues dans le projet de santé sont assez similaires à celles citées pour les ESP. Il doit notamment préciser "le territoire d'action de la communauté".

"La participation des acteurs essentiels à la CPTS [...] en garantira la crédibilité", mais "il n'est pas attendu une participation exhaustive des professionnels d'un territoire", indique la DGOS.

- **PTA** : services offerts par les PTA notamment pour les missions 1 relative à l'information et l'orientation et la mission 2 relative à l'appui à l'organisation des parcours. Dans le cadre de la mission 3 relative à l'appui aux pratiques professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, les ESP et les CPTS pourront mobiliser les moyens de la PTA pour le pilotage et le suivi de leurs projets, particulièrement des projets ayant donné lieu à contractualisation avec l'ARS dans le cadre du projet territorial de santé.

Problème du secteur de PM Coquet : un directeur d'hôpital a décidé de monter une maison de santé où les actes seront réalisés par des généralistes hospitaliers (=salariés), en journée, sans rdv préalable, pour répondre à la demande de soins ; ils ne participeront pas à la PDSA, donc concurrence déloyale pour les médecins généralistes libéraux et de plus : détournement des patients au profit du second recours hospitalier.

Equipe de soins primaires : (porte document), maison ou centre de santé, mais peut aussi prendre la forme d'une équipe plus légère, mais une coordination doit exister entre les différents profs de santé, et doivent être impliqués dans les soins de premier recours. Le projet de santé doit être écrit. Une seule action peut être inscrite : répondre à la demande de soins entre 8h et 20h.

CPTS : communautés territoriales de prof de santé : on est sur un territoire de santé, par rapport à l'ESP, le territoire est plus grand. Il n'est pas obligatoire que tous les prof de santé y soient.

PTA : plateforme territoriale d'appui :

ESP et CPTS sont essentiels pour s'organiser.

Ne pas rater ce premier échelon ; le risque est que le 2° recours soit l'hôpital.

« il faut des centres de santé » ; la création est indépendante du déficit d'installations libérales.

C'est l'hôpital qui crée ses succursales

G.Siavellis voit pour créer une PTA dans son secteur.

L.Duquesnel une PTA c'est un dispositif d'appui : exemple, pour un patient compliqué, on appelle la PTA qui va mettre en pratique une coordination autour du patient (envoyer infirmières, kiné...) c'est un super secrétariat. La PTA ne dispense pas de soins. C'est pourquoi les ESP et CPTS sont importants.

Donc si c'est l'hôpital qui s'en occupe, une partie des soins nous échappera.

Il faut arriver à donner une boîte à outils aux profs de santé pour qu'ils comprennent et fassent.

M.Combier : les médecins de base doivent s'approprier les deux premiers niveaux. Mais vu la démographie et la pyramide des âges, le risque est que l'on vienne prendre notre place.

L.Duquesnel : Si nous ne sommes pas dans les deux premiers niveaux, le fait d'être dans une PTA ne nous avancera pas, car nous dirigerons vers l'hôpital. Notre rôle : informer les médecins de terrain.

« Les généralistes CSMF » au sein de la CSMF :

- Médecin traitant, Médecin correspondant, Parcours de soins coordonné
- 1^{er} et 2^{ème} recours :
 - Ce terme est une adaptation française du " primary care physician " anglais. Au Canada, on l'appelle le médecin de famille, en France et en Angleterre, on parle plus volontiers de médecin généraliste. En Suisse comme aux Etats-Unis, il existe des sociétés indépendantes de médecine générale, de médecine interne et de pédiatrie. Ce sont ces trois spécialités réunies qui forment la médecine dite de premier recours. La meilleure définition du médecin de premier recours est un médecin qui peut donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations et dans 90 % du temps. Pour le reste, il fait recours à ses confrères spécialistes et autres professionnels de la santé.
 - « Art. L. 4130-2.-Les missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours comprennent les actions suivantes :
 - « 1° Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline ; « 2° Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé ; « 3° Participer à la mission de service public de permanence des soins ;
 - « 4° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.
 - « Le médecin spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins.
 - « Le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours intervient en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables ».

○ **Fonctionnement interne :**

Soucis par moments de discordance entre les pensées des « Les Généralistes CSMF » et l'UMESPE-CSMF.

Exemples depuis 2015 :

- Décision à l'AG UNOF que la consultation de base doit être la même pour tous les médecins,
- Décision de faire une grève,
- Mouvement du C à 25€,
- Décision d'adhérer en qualité de membre fondateur à la Fédération des soins primaires.

Ces 4 dernières décisions present au départ uniquement par « Les généralistes CSMF » ont été sources de tensions.

Suite à cela : JP Ortiz a demandé à Béatrice Fazilleaud de faire un choix entre la vice-présidente CSMF et le poste de secrétaire générale « Les Généralistes CSMF ».

Béatrice nous informe qu'elle démissionne de son poste de secrétaire générale « Les Généralistes CSMF ». Elle espère que cela règlera les conflits.

Analyse de Luc Duquesnel : en Octobre 2013, lorsque le binôme Luc-Beatrice a décidé de prendre la tête de l'UNOF, c'était la première fois.

Avantage : les dossiers traités, présence deux jours / semaine à Paris pris en charge par le secrétaire à Paris. Lors de la campagne CSMF (JF Rey, JP Ortiz) tous deux ont vu les candidats, et chacun était pour que la secrétaire générale soit aussi vice-présidente de la CSMF.

Donc maintenant Luc se retrouve seul à travailler tout en étant indemnisé pour cela. Le travail de Béatrice a été très important (notamment la réalisation de la Lettre hebdo) et a permis à l'UNOF-CSMF hier et à *Les Généralistes-CSMF* aujourd'hui de traiter beaucoup de dossiers concernant la médecine générale. Nous nous retrouvons maintenant dans la configuration précédente où le président de notre syndicat doit assumer la plupart des tâches car nous n'avons pas les moyens d'indemniser un autre médecin du bureau sur nos fonds propres. Béatrice pouvait être présente deux jours par semaine à Paris en moyenne car elle était indemnisée, pour une bonne part, sur une indemnisation par la CSMF.

Après la perte de la mise à disposition d'un communiquant par la CSMF pour notre syndicat, le départ forcé de Béatrice entrainera une diminution du « rayonnement » de notre syndicat.

Nous remercions tous Béatrice.

Depuis 3 ans la vie n'est pas facile. Travailler à deux a permis de mieux passer les moments difficiles.

Le prochain Bureau « Les Généralistes CSMF » sera consacré à la nouvelle organisation suite du départ de Béatrice.

Discussion :

PP Schlegel : pour un certain nombre de présents, il faut aller plus loin dans les explications. Au niveau national, on essaie de coordonner la problématique au niveau de chaque département. En effet, pourquoi une motion particulière a-t-elle été votée en interdisant de la transmettre aux départements ? Luc va l'expliquer.

Dans le cadre de nos statuts : En AG, nous n'avons pas pris la tête de l'UNOF pour être le bras armé contre MG France. Notre rôle est d'améliorer le quotidien des généralistes. Nous avons des spécificités et nous devons travailler avec les autres profs de santé. D'où les clashes suite aux décisions prises en Comité directeur ou AG UNOF (puis AG « Les Généralistes CSMF »).

En 2001, le 15 octobre le préavis de grève, qui a abouti à ce gros mouvement de grève des gardes, a été initié par les généralistes de l'UNOF. Mais cela renvoie une image négative aux autres spés car ils ne participent pas.

Pour que le mouvement soit suivi par tous, il faut une décision consensuelle. Mais difficile de faire le consensus.

Nous : - soit on décide entre Généralistes puis on informe la CSMF

- Soit on se concerte d'abord avec la CSMF puis on décide en fonction, mais si la CSMF est contre et que l'on décide tout de même, on les défie.

Dernière décision « Les généralistes CSMF » : notre décision de faire partie de la Fédération des Soins Primaires (FSP). Notre but est de défendre notre métier, notre exercice coordonné.

Rappel des missions de cette Fédération : ARTICLE 3 des statuts. MISSIONS DE LA FEDERATION :

- *Recenser et promouvoir la pluralité des modèles d'organisations de soins primaires, de l'échelon de la patientèle à celui de la population d'un territoire*
- *Contribuer à la reconnaissance du rôle et des compétences de tous les professionnels de santé de soins primaires et les soutenir*
- *Mutualiser les expériences du terrain, accompagner les projets de territoires et témoigner de leurs besoins*
- *Susciter et soutenir l'innovation en matière d'organisation des soins primaires*
- *Produire des données et des évaluations en soins primaires.*

Aujourd'hui, l'UNPS et le CNPS sont censés défendre l'exercice coordonné entre professionnel, mais n'y arrivent pas. Alors la FSP s'en chargera.

Puisque l'UMESPE est contre, l'AG de la CSMF décidera.

Il n'est pas gênant que des débats aient lieu. Mais la profession actuellement en danger est la médecine générale.

Y.Frézet : FSP, certains spécialistes aussi font partie du premier recours mais n'y figurent pas. Nous faisons partie d'un syndicat poly catégoriel.

L.Duquesnel : « Les généralistes CSMF » est monocatégoriel, ce qui n'est pas le cas de l'UMESPE.

La représentation de la CSMF, une majorité de généralistes, globalement sur des choses conflictuelles au sein de la « maison » : le Président des « Généralistes CSMF » sera minoritaire car l'ensemble des « Les Généralistes CSMF » ne se rangera pas de son côté. Cela se comprend.

PP Schlegel : certains déclarent avoir appris notre adhésion à la FSP par voie de presse, et que JP Ortiz lui-même n'en aurait pas été tenu au courant. Le siège de la FSP est celui de MG France.

Réponse de Luc :

1) JP Ortiz a immédiatement été tenu au courant après le vote de notre comité directeur et avant la presse et avant l'adhésion à la FSP.

2) MG France n'a pas les moyens d'avoir un autre siège pour la FSP.

G.Siavellis : depuis 2 ans, on perd beaucoup de temps sur la forme.

Nos motions votées ne sont pas présentées avant la réunion pour être discutées en département.

Réponse : les motions CSMF ne sont pas présentées à l'avance non plus. Exemple de la décision du Conseil Confédéral du 17 décembre 2016

F.Verdon : subissons-nous le diktat des autres spécialistes au sein de la CSMF ? Que défendons-nous ?
Vision à long terme de la médecine dans un partenariat avec les autres spécialistes ?

Béatrice démissionne de son poste car elle cumule. Il espère que les autres spécialistes ne cumulent pas.

JC.Basset : nous avons besoin des autres spécialistes, les autres spécialistes ont besoin de nous.

L.Duquesnel : premier recours (psy, gynéco, ophtalmo) mais si nous envoyons à un spécialiste, c'est le deuxième recours. La FSP c'est pour le premier recours.

A l'issue du débat, présentation d'une Motion « Les Généralistes CSMF »

Lecture de la motion. C'est le rappel des 8 missions du médecin généraliste.

Discussion :

Elle sera présentée à l'AG de la CSMF, majorité contre.

Message de l'AG « Les Généralistes CSMF » **POUR LE BUREAU CSMF**

Nous avons l'impression d'être tout le temps en guerre entre spécialités au national.

Effectivement, nous ne cautionnons pas l'esprit MG avec tous les spécialités à l'hôpital. Nous travaillons avec tous les spécialistes.

Y.Frézet : le texte est bon, mais il faut d'abord clarifier cela en bureau CSMF avant d'en parler en AG CSMF.

Présenté ces réflexions (et non motion) au Bureau CSMF, il faudra une position tranchée du bureau CSMF.

Vote : contre : 1 + 4 abstentions

Texte approuvé à la majorité absolue des présents et représentés. Il sera présenté au Bureau CSMF le 1^{er} février.

Fin 16h30

Dr Patrick Czerwinski
Membre du Bureau