

COMPTE RENDU DU COMITE DIRECTEUR SAMEDI 24 MARS 2018

PRESENTS : Drs Luc DUQUESNEL (Président « Les Généralistes CSMF »), Fouad OU-RABAH (Aquitaine), Monique LUTTENBACHER-RUBEL (Alsace), Pierre-Paul SCHLEGEL (Alsace), Pascal MEYVAERT (Alsace), Jean-Michel LEMETTRE (Centre), Michel COMBIER (Midi Pyrénées), Nicolas SAINMONT (Basse Normandie), Patrick CZERWINSKI (Haute Normandie), Stéphane ATTAL (Franche Comté), Alain LECLERC (Ile de France), Michel MONDRZAK (Ile de France), Christian VEDRENNE (Languedoc Roussillon), Jean-Daniel GRADELER (Lorraine), Pierre-Marie COQUET (Nord Pas-de-Calais), Rémy SEBBAH (PACA), Michel BACHELET (Pays de Loire), François VERDON (Pays de Loire), Julie MAZET (Rhône Alpes), Hervé GIN (La Réunion), Andry RABIAZA (Président CSMF Jeunes Médecins), Dominique RICHTER (Président du SMACMAC), Laurence NOEL (Assistante de direction).

ABSENTS EXCUSES : Drs Guillaume DARMAILLACQ (Aquitaine) pouvoir Dr Gradel, Dany GUERIN (Aquitaine) pouvoir Dr Ou-Rabah, Patrick NICOL (Alsace) pouvoir Dr Meyvaert, Dominique CHAPUIS (Bourgogne), Frédéric MAS (Bretagne) pouvoir Dr Duquesnel, Nadia SIMON (Bretagne), Antoine GUINOISEAU (Champagne Ardennes), Jean Christian BASSET (Centre), Mickael RIAHI (Ile de France), Georges SIAVELLIS (Ile de France), Jean-Pierre BRUNOT (Languedoc Roussillon), Jean-Marie CONQUET (Limousin) pouvoir Dr Ou-Rabah, François POULAIN (Languedoc Roussillon) pouvoir Dr Vedrenne, Rémi UNVOIS (Lorraine), Sophie SIEGRIST (Lorraine), Jean LAFARGUE (Lorraine), Bertrand DEMORY (Nord Pas-de-Calais), Jean-François PERRET (PACA) pouvoir Dr Sebbah, André NOUAILLES (Picardie), Philippe BRUNET (Poitou Charentes) pouvoir Dr Duquesnel, Béatrice FAZILLEAUD (Poitou-Charentes) pouvoir Dr Duquesnel, Stéphane DELABROYE (Poitou Charentes), Yannick FREZET (Rhône Alpes), Paul-Luc PASTOR (La Réunion).

ABSENTS : Fernand FLORES (Auvergne), Xavier BUCHHOLTZ (Bourgogne), Sauveur MERLENGHI (Corse), Jean-Luc MAYEUR (Nord Pas de Calais).

ORDRE DU JOUR :

1. Pouvoirs à donner,
2. Approbation du compte rendu du Comité Directeur du 08/12/2017,
3. Formation : Etat d'avancement 2018
4. Syndicalisation : Etat des lieux des cotisations,
5. Projet politique « *Les Généralistes CSMF* » : stratégie de communication,
6. Actualités politiques : Recertification, Infirmières en pratiques avancées, numéro 116 117, ...
7. Actualités conventionnelles : avenants CSG et télémedecine, ACIP
8. Actualités syndicales : Assemblée générale de la CSMF. Retour dans la convention médicale ?
9. Questions diverses.

L'ensemble des documents mentionnés dans ce compte rendu sont téléchargeables sur le **PORTE DOCUMENTS** (ci-joint procédure et codes d'accès).

Introduction de Luc Duquesnel, Président : actualité importante dont 3 gros sujets : Infirmières en pratiques avancées (IPA), avenant télémedecine, entrée ou pas dans la convention médicale. A la fin de la journée, nous devons avoir les idées claires sur ces sujets. Quelles propositions sur la rémunération du généraliste dans la téléconsultation, téléexpertise ? Si nous arrivons à un accord, cela pourrait être la porte d'entrée dans la convention médicale. Mais l'avenant doit être convenable.

- 1) **Pouvoirs** : donnés
- 2) **Approbation du CR du 08 décembre** : approuvé à l'unanimité
Remarque : nous avons tous un compte rendu complet. **Ces comptes rendus ne doivent pas être diffusés. Les seuls destinataires doivent être les membres du Comité Directeur.**

MSP, équipe de soins primaire, CPTS : Quand on veut le faire dans son secteur, d'abord faire l'état des lieux des besoins de santé de la population et de la faisabilité du projet de santé territorial auprès des professionnels de santé concernés. Puis monter le projet et seulement ensuite aller voir ARS.

Formation de cadres : 1^{er} juin, on ne sait pas encore si elle aura lieu.

Bernard Ortolan (ACFM) a déposé un dossier.

En plus, risque de grève (SNCF...) le 2 et 3 juin. Donc peut être avancer le CD au 1^{er} juin ?

Rappel sur la formation de début décembre 2017 : « quel intérêt à aller vers un exercice coordonné ? ». La prochaine sera différente, plus avancée.

Au Final : le 1^{er} juin soit on fait une formation soit un comité directeur.

Question si pas de TGV, qui vient le 2 juin ? : 5 personnes.

3) **Formation, état d'avancement 2018** : Présentation Vincent Bouic

Nous avons changé de dispositif cette année, alors a débuté une phase très chronophage de re-dépôt de tous les dossiers, actuellement 90 dossiers DPC acceptés sur les 3 organismes. Nous avons 3 jours de formation / an = 21h.

Pour les formations présentielle, seront progressivement abandonnées les phases pré et post formation. Elles ne seront gardées que pour les formations non présentielles.

Activité 2017 : 2989 K € effectués. Pour 2018, activité de programmation intense : 89 DPC, 18 régionales, 117 sessions FAF PM programmées au premier semestre 2018.

Participation aux formations : Actuellement, concurrence terrible entre organismes et moins d'appétence de la part des médecins (Le CHEM : en restructuration complète, nouveau directeur, changement de politique...).

Discussions :

J.D. Gradeler : psychologie du médecin difficile à comprendre, on a beau travailler alors qu'il n'y a pas de règle pour qu'ils s'inscrivent... Parfois rien, parfois beaucoup d'inscrits et on ne sait pas pourquoi.

F.Verdon : si pas de référent expert connu, les généralistes s'inscrivent moins. Pas de rétrocontrôle, alors les médecins ne se sentent pas obligés. Ils s'inscrivent si ressentent besoin de formation.

J.Mazet : exact, les inscriptions ne sont pas « rationnelles ». Les participants sont toujours contents. Mais le nombre d'inscrits est difficile à prévoir.

N.Sainmont : profil de gens qui se forment. Nombres de DPC limités à 3/an est pénalisant.

L.Duquesnel : formation à l'échographie pour le généraliste est très important. Concernant les formations pluri professionnelles, comme le DPC PAERPA, il est d'avoir le maximum d'adresses des professionnels de santé libéraux, ils refusent toujours du monde.

P.Czerwinski : au Havre, on s'est associé à la communauté d'agglo de commune et à une autre association de formation : résultat : 36 inscrits.

V.Bouic : les régionales du DPC permettent d'être présents partout. Mais si grève ou pas de réservation de train possible, ce sera difficile.

Les programmes pluriprofessionnels : des tests en cours par Evolutis DPC.

Programmes DPC formation à MSU : compliqué mais enjeu stratégique majeur.

Lancements de DPC non présentiels : en cours

Premiers gestes d'urgence : remplissage en cours.

FAF : programmation intense, beaucoup de formations informatiques, et « agrément permis de conduite ».

Le FAF PM sera touché par la réforme.

JD. Gradeler : rémunération des organisateurs, différente en fonction de la formation 1000 ou 750 ou 500 euros pour une journée ?

V.Bouic : cela dépend du nombre de participants inscrits. Si plus de 20 inscrits, la question ne se pose pas, si moins de 10 ça dépend → oui il faut éclaircir et faire une trame de rémunération de l'organisateur. De plus, maintenant, avec les nouvelles règles nationales de l'ANDPC, l'organisateur ne peut plus s'inscrire si pas assez de médecins d'inscrits à la formation (on ne peut plus être organisateur et formé en même temps).

Université d'été de la CSMF à Giens, club Belambra :

- Jeudi 13 septembre Bureau « Les généralistes CSMF »
- Vendredi 14 septembre : Formation DPC ce qui est prévu :
 - o Perturbateurs endocriniens (8h30- 12h30),
 - o MSP, CPTS organisation territoriale (8h30-15h30),
 - o Soins palliatifs, législation et soins support (8h 30- 15h30),
 - o Hypnose niveau expérimenté (8h30-15h30)

Proposer à la CSMF de rajouter l'EFR dans les thèmes de Formation.

Début Université d'été le vendredi à 16h00 et se termine le dimanche 16 à 13h00.

Cette année, l'Université d'été de la CSMF sera aussi ouverte aux non cadres adhérents, alors il faut s'inscrire au plus tôt car sinon ceux qui ont l'habitude de s'inscrire en juillet n'auront plus de place.

Rendez-vous 2018 :

- **Congrès FFMPs**, 9 et 10 mars à Nantes : nous avons un très beau stand (photo). Nous étions très contents, d'autant que MG France n'avait pas de stand. Nous étions le seul stand de syndicat Généraliste.
- **5-6-7 avril congrès CMGF : à Paris**, il faut s'inscrire + Stand « Les Généralistes CSMF ».
- **1^{er} juin** : ? Séminaire ou CD Les Généralistes... Et le 2 juin ?
- **14-15-16 septembre** : Université d'été CSMF
- **5 octobre** : CD Les Généralistes CSMF
- **30 nov** : séminaire Les Généralistes CSMF
- **1^{er} déc** : CD les Généralistes CSMF

Election nouveau Bureau CSMF :

Félicitations et grand bravo aux nouveaux membres du Bureau CSMF : Julie Mazet, Yannick Frézet, Christine Kowalczyk, Andry Rabiaza (nouveau président CSMF Jeunes Médecins).

L.Duquesnel est choqué par le fait que certains anciens membres du bureau CSMF ont appris lors du Conseil Confédéral de la CSMF qu'ils n'en faisaient plus partie. Si chacun des membres de l'ancien bureau de la CSMF a été contacté pour savoir s'il était à nouveau candidat à faire partie du nouveau bureau, ceux qui étaient à nouveau candidat et qui représentaient notre syndicat n'ont pas été informés qu'ils étaient éjectés. Ils l'ont appris lors de l'affichage par ordre alphabétique du nouveau bureau. Que le président des Généralistes CSMF n'ait pas été contacté pour savoir quels généralistes pourraient représenter notre syndicat au sein du bureau de la CSMF est une chose, même si cela ne faisait pas partie des habitudes de la Confédération, ce qui s'est passé lors de

cette élection a été d'une extrême violence pour les personnes concernées. Je le regrette profondément et je tiens à rendre hommage au travail effectué par Béatrice Fazilleaud, Michel Combier et Nicolas Sainmont en tant que représentants de notre syndicat lors de la dernière mandature du bureau de la CSMF.

PP Schlegel avait eu un entretien préalable avec JP.Ortiz et souhaitait de ne plus faire partie du Bureau CSMF. Place aux jeunes !

L.Duquesnel : Mais Beatrice, Michel, Nicolas : candidats à rester dans le Bureau CSMF ont appris brutalement qu'ils n'en feraient plus partie.

4) **Syndicalisation, état des lieux** :

Enjeu de demain, les CPTS : les URPS vont-elles seules s'approprier ce sujet ?

M.Combier : Les URPS, mal connues des médecins de base.

Cotisations 2017 : résultat en forte baisse par rapport aux années précédentes (24% de syndiqués en plus en 2016). L'année 2018 commence avec uniquement 114 cotisants. On ne peut pas finir cette année comme en 2017 car nous n'avons plus des aides que nous avons jusqu'en 2016. Les factures à venir : livret « projet politique », communication, loyers, ... Comment les payer ?

JD.Gradeler : des départements ne font pas d'appel de cotisations ; un appel national CSMF semble judicieux. *Réponse de L.Duquesnel : c'est une problématique CSMF.*

5) **Projet politique 2018-2020 « Les Généralistes CSMF », stratégie de communication** (remise du livret aux cadres présents + sur le porte document).

Gros travail de rédaction, jusqu'à la dernière minute.

Projet politique en vue des prochaines élections URPS (octobre 2020).

Question : Comment faire pour redevenir le premier syndicat de Généralistes alors que nous sommes devenus le 3^{ème} ?

Chaque département doit avoir un délégué départemental (coordonnées et photo à transmettre au plus vite à Laurence).

Question : quelle médecine générale demain ?

Nous aurons de la communication en film de 1minute 30 à relayer sur les réseaux sociaux.

Diffusion par mail du projet politique après le **Mercredi 11 avril à 11h00, date de la conférence de presse « Les Généralistes CSMF » : il faut le plus de syndiqués possibles présents à cette conférence.**

6) **Actualités politiques** : recertification, Infirmière en pratiques avancées, numéro 116 117...

116 117 : l'ensemble des syndicats de médecins libéraux avec SAMU de France sont pour que ce numéro reste celui identifiant l'accès au médecin généraliste, c'est la bonne utilisation du système de santé.

Le projet du gouvernement est le 112 = le même numéro pour tous : tout le reste saute, que l'on présente une douleur thoracique ou un bébé qui a 39 de fièvre ou un nid de frelons, il faudra faire le même numéro. Cela veut dire que les subventions iront aux pompiers. Les généralistes régulateurs ne seront plus au SAMU.

Comment communiquer ? C'est une communication pluri syndicale. Communiquer auprès des patients.

M.Combier : si pas de moyens, le système montre ses limites. Il faut augmenter le nombre des régulateurs libéraux de sa région, car ils en sont à 12 appels/ heure.

PM.Coquet : au-dessus de 8 c'est dangereux.

L.Duquesnel : avec le 112 tout le monde sera sous la coupe de CDIS (pompiers), les assistants de régulation médicale ...

A terme, cela ira vers une organisation régionale de la PDS. Le but est d'éviter le trop plein des services d'urgence.

PDSA : le niveau de rémunération. Le but est de tirer tout le monde vers le haut.

Esprit du gouvernement : mutualisation des moyens, au lieu d'avoir 10 numéros différents, tous devront téléphoner au même numéro, cela diminuera les coûts.

Nous devons diffuser cela auprès des confrères de la base, puis les patients.

PM Coquet : Problématique des Hauts de France : SOS Médecin peut remplir le tableau de garde à posteriori ! Alors que les médecins généralistes libéraux doivent l'avoir rempli avant la garde avec un nom de médecin.

Les chantiers du gouvernement : 5 gros chantiers à finaliser en mai :

- **La qualité et la pertinence des soins** : Quels indicateurs utiliser ? Nicolas Revel sait que c'est compliqué.
 - o Rendre accessible aux patients
 - o Renforcer la confiance des patients
 - o Développer la qualité et la sécurité des soins.
- **Repenser les modes de financement et rémunération de régulation**
 - o Plafonner la tarification à l'activité des hôpitaux...
- **Accélérer le virage numérique** : enjeu, quelle place du DMP demain ? les systèmes d'information, dématérialisation de l'intégralité des prescriptions, simplifier le partage des informations, SI exercice coordonné, ... Les représentants de la CNAM sont très présents. Beaucoup d'argent a déjà été dépensé pour cela, cela ne fonctionne toujours pas ; la CNAM veut changer cela.
 - o Là où l'ACIP a échoué, la CNAM va peut-être y arriver
 - o La CSMF est très écoutée par la CNAM.
- **Adapter la formation aux enjeux du système de santé** : nous voulons que la formation interprofessionnelle se fasse plus facilement et, dans le cadre du DPC, hors quota.
- **Repenser l'organisation territoriale des soins** : nous concerne totalement.

Discussion :

PM.Coquet (Hauts de France) : comment mieux rémunérer les médecins de garde ? Pas d'astreinte supplémentaire prévue. Pas de lettre clef prévue (MCG est compliqué à mettre en œuvre). L'ARS a une enveloppe, mais plutôt dans le cadre des CPTS.

L'application VITODOC.fr (créée par Bertrand LEGRAND membre du comité directeur) donne au patient connecté des plages supplémentaires de consultation de médecins généralistes libéraux, intéressant pour les patients avec leur smartphone.

JD.Gradeler (Lorraine) : Logiciel Entr'act, autre site de son secteur, efficace. Interfacé avec le centre 15. Le médecin qui accepte a en plus les 15 euros de majoration.

JM Lemette : Les SNACS (Système Numérique d'Appui à la Coordination des Soins) subvention DGOS, une demande d'infirmière peut aussi passer par ce système. Les SNACS sont une sorte d'ensemble d'outils numériques qui permettent de répondre à des demandes de soins. Les applications nationales seront intégrées à nos logiciels métiers. Les outils régionaux ne le seront pas.

Exemple du DMP : il sera intégré directement à nos logiciels métiers, et avec la carte vitale nous y aurons directement accès (pas besoin d'avoir la démarche d'aller dans le DMP).

M.Combier : c'est l'Etat (l'ARS) qui fera des appels d'offre. Peu de logiciels deviendront nationaux.

JM.Lemette : beaucoup de choses intéressantes viennent de partout. Nous devons juger quels sont les meilleurs outils répondant à notre demande.

L.Duquesnel : notre position va se dégrader dans les années à venir. Avoir des moyens les plus simples possibles d'utilisation. Notre autre problème : rémunération selon la nomenclature. Faire passer l'appel par le 15 c'est 15 euros de plus.

J.Mazet : les outils sont intéressants mais les généralistes s'en saisiront que s'il y a une carotte. S'ils ne sont pas mieux payés en acceptant le soin non programmé, ils ne feront pas.

L.Duquesnel : si nous avons un assistant médical qui reçoit le patient, ouvre le dossier... Cela peut être l'objet d'une rémunération supplémentaire.

Et les médecins travaillant seuls ? C'est la majorité de nos confrères.

PM.Coquet : nos patients arrivent de plus en plus avec leur relevé de TA, leur courbe de poids.... Les renouvellements à trois mois. Quelle valorisation de notre métier ?

L.Duquesnel : la réponse, CNAM a donné une fin de non-recevoir sur l'augmentation de la rémunération à l'acte car de cette manière, il ne sait pas jusqu'où iront les dépenses de santé (rien ne dit que des médecins ne feront pas 40 consultations non programmées / jour). Par contre, il est d'accord pour donner un complément à l'acte pour une chose déterminé. Il ne veut pas avancer à l'aveugle.

M.Combier : politique de revenu ou pas. La solution est là. La recertification peut y répondre. Notre problème : la consultation est remboursée quel que soit notre acte, la prescription est remboursée en fonction des médicaments prescrits.

Les politiques ne voient à travers nous que des fainéants, que nous fassions 20h par semaine ou 60 h par semaine

Les infirmières en pratique avancée (IPA) : nous devons les intégrer à notre pratique.

La recertification : importante, elle doit obliger un exercice continu de la profession.

JM.Lemette : effectivement avec les IPA, nous risquons de perdre les petits problèmes aigus. Que nous restera-t-il ? le chronique payé au même prix mais plus long à prendre en charge en consultation.

L.Duquesnel : **Recertification** : la CSMF sera sollicitée dans 15 jours, c'est tout.

Infirmières en pratiques avancées (IPA):

L.Duquesnel : nous sommes exclus des COPIL sur de nombreux dossiers (recertification, IPA,...). Pour les IPA, c'est le CNOM qui représentait les médecins. C'est inacceptable. Cette politique du gouvernement vis-à-vis des corps intermédiaires doit nous interroger sur le véritable rôle des syndicats demain, surtout en cette période de désyndicalisation.

Un décret et deux arrêtés qui s'intègrent dans la loi de modernisation du système de santé (Voir porte document).

Attention : demain des pharmaciens en pratiques avancées, autres profs de santé de « pratique avancée »....

Pour aujourd'hui, les IPA pourront exercer en ESP coordonné par un médecin traitant ou en établissement ou en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires en pratique ambulatoire.

C'est la réponse du gouvernement et de la population aux demandes de soins.

Le décret et les arrêtés doivent être finalisés rapidement car les IDE débutent le master 2 en septembre.

Dans ce décret, nulle part n'apparait le mot « protocole », c'est une opposition des syndicats IDE, car ils assimilent « protocole » à « mettre des croix dans un dossier » ...

Des modifications prévues par la DGOS (voir porte document).

Exemple du diabétique qui doit voir l'ophtalmo, le cardio, avoir HBA1C C'est dans les référentiels. Actuellement, nous devons le faire nous-même. Si par contre nous élaborons un protocole avec les IDE... Nous pourrions déléguer cela.

JM.Lemette : pourquoi les IPA ?

J.Mazet : les IPA feront le travail désigné par les généralistes.

M.Luttenbacher Rubel : et les médecins seuls ? Seront-ils oubliés ?

PM.Coquet : le médecin installé seul travaille déjà en ESP mais non formalisée.

N.Sainmont : élaborer le protocole, défini par l'HAS, est un travail d'équipe qui répond à des référentiels HAS. Ce n'est pas remplir des cases...

H.Gin : exemple des sages-femmes voulant jouer au Dr, et les IDE ? On va vers la cata.

R.Sebbah : les IDE font déjà ce qui sera écrit dans le protocole. Il n'est pas contre.

M Comber : cette évolution, cela peut devenir la fin du libre choix de l'IDE par le patient... A réfléchir (Puisque l'IDE travaillera sous directive d'une MSP).

Question de la salle : les IDE non formées aux « pratiques avancées » (sans Master2) peuvent-elles effectuer les mêmes actes à condition que cela soit acté dans un protocole pluridisciplinaire (sous notre responsabilité) ? La réponse est non.

Si nous voulons coter les actes qu'elles effectuent, c'est à nous de les interpréter, par exemple :

IDE fait ECG, EFR → si le médecin interprète → il peut coter.

IDE fait Holter tensionnel → médecin interprète → il peut coter.

PM Coquet : plus personne ne se pose la question de l'infirmière anesthésiste. Pourtant c'est elle qui s'occupe des patients au bloc dans tous les établissements de santé. Et tous sont contre les IDE en pratique avancée !

J.Mazet : Pour ce décret des IPA, nous avons été totalement exclus. Après coup, nous arrivons à recadrer, mais ce n'est pas normal.

L.Duquesnel : les seuls représentants des médecins dans ce décret, c'est l'Ordre.

Rémunération des IPA : pas à l'acte. Si elles sont salariées (hôpital) → salariat.

Si c'est en MSP, c'est par la SISA, par le budget alloué de l'ACI, en fonction du nombre d'actes.

Si c'est dans une ESP, se sera au forfait.

PM Coquet : Azalée ne paie pas, les IDE Azalées touchent 28 € de l'heure.

Chez L.Duquesnel : les IDE = 50€/ h et les médecins = 100 € / h.

Prise en charge du patient dans sa globalité : des médecins s'y opposent en disant « on peut être médecins sans faire médecine ».

Le fait de ne pas être dans les discussions avant-projet est exécration, tous les syndicats de médecins sont concernés.

A.Rabiaza : question de fond, quel est notre métier de demain ? Quelle est notre plus-value ? Quand on regarde ce que l'on fait : prendre la TA n'est pas une plus-value. Que les IDE le fasse tant mieux, sachant que demain ce sera une machine. Le suivi des diabétiques : idem. Alors où est notre plus-value ? Coordination, travail intellectuel.

Examen clinique : c'est nous.

Pour que l'IDE prescrive les examens complémentaires, il faut d'abord un protocole bien défini, ainsi elle pourra prescrire.

Et nous : nous recentrer sur notre plus-value et rester maître du protocole.

M.Combier : Comme le précise le Collège de médecine générale dans un communiqué : « il doit défendre notre cœur de métier ». Et il le défend.

PM.Coquet : ce qui est à créer = le travail en coordination en cabinet médical. Comment travailler en voyant plus de patient ? Et il faut trouver le mode de rémunération.

L.Duquesnel : une équipe de soin primaire, le minimum c'est un médecin et une IDE qui s'occupent du même patient. Cela existe depuis longtemps mais n'est pas formalisé. Les soins sont déjà coordonnés. Le but : protocoliser avec la (les) IDE.

M.Luttenbacher-Rubel : les médecins de base, la tête dans le guidon, ne savent pas ce qu'est une ESP, ne savent pas ce qu'est une IPA. Ils vont avoir peur, s'arc-bouter contre.

JD Gradeler : les médecins installés seuls ne sont pas forcément isolés. Il y a juste à mettre sur papier ce que l'on fait déjà.

F.Verdon : Monique a raison, est-ce que les médecins en ayant vraiment besoin n'y auront pas accès ?

PM Coquet : dans son secteur, il y a des carences de soins → il s'est organisé différemment et ne prend plus de TA, ne pèse plus, ne vaccine plus → il s'est recentré.

S.Attal : de nombreux médecins isolés auraient besoin de ces IPA. Il faut les aider.

L.Duquesnel : Il faut être responsable, chacun fait ce qu'il veut. Certains peuvent décider de ne pas s'organiser. On peut aider les confrères mais on ne peut pas écrire à leur place.

PP Schlegel : comment intéresser les confrères de terrain non concernés par les maisons de santé, par les ESP ?

L.Duquesnel : se poser la question de « faisons-nous tout bien », « répondons-nous à toutes les demandes de nos patients », « comment mieux prendre en charge la santé de nos patients ». Quand on voit ce qui se passe aux urgences hospitalières, on se dit qu'il y a des choses à faire.

La ROSP : une bonne base.

Les réseaux de soins ont disparu. Pourtant, ils pensaient tous qu'ils faisaient bien leur travail. Ils ont toujours refusé d'être évalués, ils ont disparu.

7) **Actualités conventionnelles** : avenant CSG, télémedecine, ACIP

ACIP :

Le DMP : la CNAM s'en charge.

MSS : APICEM bientôt une mss (en avril 2018).

Développement de la prescription électronique : aujourd'hui, cette prescription est la propriété du patient. La CPAM voudrait la mettre dans un serveur qu'elle gère ; puis analyse et retoquage possible de cette prescription. Ce n'est pas dans l'intérêt des usagers.

JD Gradeler : en décembre 2017, JM Lemettre voulait que l'on soit rémunéré pour ce que l'on met dans le DMP. Et aujourd'hui ?

L.Duquesnel : aujourd'hui, on pose la base : les besoins c'est ça, je vous propose cette solution pour le faire. Pour le mettre en place, il me faut tant d'€. Et l'ARS dit oui ou non.

Pour que ça marche : données structurées dans ordinateur.

Si on veut aller dans la prévention, il faut pouvoir sortir des données de notre ordi. Mais pour cela il faut structurer (coder) les données. Si cela demande 30 mm, ce sera 2G (50 euros).

JM Lemettre : le médecin qui fait un VMS et le met en partage sur le DMP doit être rémunéré par rapport au médecin qui ne le fait pas.

Et si ce VMS structuré niveau 3 est devenu récupérable, il faut être rémunéré pour cela.

CSG : l'avenant est fait, peu ou pas de perte pour les médecins.

Télémedecine : (avenant en cours d'élaboration) voir sur le porte document

Téléconsultation : médecin généraliste, patient présent, support vidéo obligatoire, un prof de santé assistant est possible (infirmière).

C'est la consultation à distance entre un médecin et un patient.

Rappels des principes.

Dans le respect du parcours de soins.

Il n'est pas possible d'avoir un suivi systématique en téléconsultation (c'est obligatoirement une alternance entre consultation physique et téléconsultation).

Des assureurs s'y sont engouffrés, il ne doit pas être possible qu'ils accèdent à l'enveloppe ONDAM.

Deux problématiques : le patient sans médecin traitant, le patient dont le médecin est absent sans remplaçant.

Conditions : le médecin doit-il être sur son lieu d'exercice professionnel ? Non car cela serait trop contraignant. Il faut par contre des gages de qualité. Il doit y avoir un cahier des charges, le secret professionnel doit être respecté. Le médecin ne doit pas répondre avec toute sa famille autour de lui.

Téléconsultation et forfait structure : pour 2019, la rémunération devrait être de 350 € (50 points) mais l'abonnement que paie le médecin est actuellement de 1000 €. Donc pas possible.

Réponse de Nicolas REVEL : oui mais l'abonnement va diminuer. Réponse des syndicats = faux, exemple récent : le nombre des médecins abonnés à Doctolib a augmenté et l'abonnement à Doctolib a augmenté.

Le forfait ROSP pour les logiciels médicaux est apparu et le montant de l'abonnement aux éditeurs a augmenté aussi.

Donc l'abonnement pour la téléconsultation ne baissera pas.

JM Lemettre : oui le montant ROSP prévu est très insuffisant. Il faut au minimum un coût zéro pour la participation à l'équipement.

Rémunération prévue :

- Généraliste : C+ MMG = 25 euros
- Autre spécialiste : CS + MPC + MCS = 30 euros

Et le cas échéant, les autres majorations associées à la consultation dont la MPA.

Commentaire : c'est insuffisant. C'est un retour en arrière. Un acte à distance c'est plus compliqué il risque d'être mal organisé d'où une perte de temps. Problème de coordination avec IDE de l'EHPAD. Il y aura des retards par indisponibilité de l'IDE ou du patient.

Quand on va en EHPAD, on voit le patient, on fait la prescription, puis on repart.

A.Rabiaza : ne pas trop demander.

L.Duquesnel : tout système mal organisé est inopérant et c'est embêtant que ce soit en téléconsultation ou pas.

La visite : conduire n'est pas du temps médical.

Avec nos patients à domicile, faire une fois de temps en temps, en téléconsultation n'est pas une perte de temps. Ce sera plus rapide.

Au total, à l'unanimité, le CD décide :

- 1) le coût de l'investissement et du fonctionnement doit être un coût 0€ pour le médecin généraliste,**
- 2) les tarifs de la téléconsultation sont insuffisants,**
- 3) Quelle que soit la spécialité du médecin, il doit être rémunéré au même niveau en téléconsultation.**

Téléexpertise : médecin requérant obligatoire, médecin requis obligatoire, le patient n'est pas là. Support MSS, si le médecin dispose d'un équipement de téléconsultation, c'est possible. Il faut le consentement du patient. Il faut un compte rendu.

Le principe, un médecin qui sollicite l'avis d'un autre médecin au sujet d'un patient absent.

Le patient doit être connu du médecin requis pour une TLE de niveau 2.

Le patient n'est pas forcément connu du médecin requis pour une TLE de niveau 1.

TLE de niveau 1 : avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité d'étude approfondie...analyse de documents (photo, résultat bio...prescription) la réponse n'est pas forcément immédiate.

Le compte rendu dans dossier médical du patient... (date, heure, nom du médecin, prescription ou acte à réaliser).

TLE niveau 2 : situation méd complexe, ... nécessite étude approfondie...

TLE ponctuelle : niveau 1 ou 2

TLE répétée de niveau 1 (surveillance de plaie...)

TLE synchrone, les deux médecins en direct.

TLE Asynchrone : le médecin requérant envoie les documents au médecin requis qui répond plus tard.

TLE niveau 1 : 12 euros pour le requis (maximum 4 actes / an / patient)

TLE niveau 2 : 20 euros pour le requis (maximum 2 / an / patient)

.....

Le requérant : à partir de la 30^{ème} TLE → 150 euros. Rien en dessous de 30 TLE !

Solution de facturation : le patient est absent, nous n'avons pas sa carte vitale ? Prendra du temps pour facturer (mode dégradé, ou sesam sans vitale, ou autre).

Nous devons rassembler des documents pour les envoyer au médecin requis, ce sera compliqué. Nous recevrons la réponse du spécialiste requis par la suite et devons entrer les données dans le dossier du patient puis éventuellement faire une ou plusieurs ordonnances. Cela prendra du temps.

Notre niveau de rémunération : tous les 30 actes = 150 euros = insuffisant.

Discussion :

JM Lemette :

TLE niveau 1 : rapide, facile

TLE niveau 2, compliqué, au moins 15 min de travail = au moins 25 euros

R. Sebbah : humiliant

J.Mazet : idem

JM Lemette : il faut que l'on ait l'expertise de niveau 2 prête dans notre ordi. Et le fait de l'envoyer c'est 15 min.

L.DUQUESNEL : le vrai sujet d'inquiétude est de savoir si cela ne va pas se terminer par seulement un avenant sur la Téléconsultation. Avec un tel avenant sur la téléexpertise, non seulement les médecins généralistes ne vont pas en faire, mais il sera de notre rôle de les appeler à boycotter cette TLE.

Au total, concernant la TLE, le CD décide à l'unanimité :

- 1) Le médecin requérant effectue un travail dès la 1ère TLE et son temps de travail est directement lié au nombre de TLE effectué,
- 2) La rémunération doit être à l'acte et déclenchée dès le premier acte,
- 3) Il ne peut pas être moins rémunéré que le médecin requis.

8) **Actualités syndicales** : Assemblée Générale de la CSMF des 9 et 10 mars. Retour dans la convention médicale ?

Notre syndicat s'est opposé à la convention, cela ne lui a rien apporté. La CSMF n'est pas un syndicat d'opposition. L'UFML est un syndicat d'opposition.

La SML est rentrée avec retard sans signer d'avenant.

Nous ?

Nicolas Revel rabote les cardios, les radiologues, les labos ... Il crée un climat défavorable à l'entrée dans la convention.

AG extraordinaire de la CSMF prévue le 26 mai de 9h30-13h00

Nous avons (les autres syndicats aussi) perdu du poids dans la représentation de la profession. Les syndicats sont tous écartés ou seulement concertés. Aujourd'hui, c'est l'Ordre, les CNP... qui représentent les médecins.

Discussion :

R.Sebbah : c'est un avenant scélérat. Le signer n'est pas la solution.

JM Lemettre : Définir les conditions minimales à remplir pour signer l'avenant. Si atteint, on signe. Et comme ça on verra si Revel veut nous voir dans la convention.

N.Sainmont pense que c'est une erreur de rentrer en signant l'avenant. Nous faisons mieux d'y entrer car c'est la chienlit, en disant que c'est mieux pour défendre les médecins. On les défend mieux de l'intérieur que de l'extérieur.

M.Combier : y entrer c'est politique. Ne pas faire la même erreur qu'il y a un an et demi. Tout le monde pensait que le prochain président de la République serait F.Fillon.... Donc quel intérêt d'y rentrer, cela aura-t-il une répercussion sur les médecins ? NON. Penser que l'on peut y entrer sur un avenant (des cacahuètes) alors que l'on n'a pas signé pour un milliard ½ c'est pas bon. Alors on sait que l'avenant est mauvais, on va y entrer parce que la convention est mauvaise. De plus, en avril les médecins vont toucher la ROSP, en juin les forfaits vont tomber. Alors les médecins ne feront pas attention à ce qui nous arrive. L'autre question : dans deux ans les élections, vaut-il mieux être dans la convention que dehors ? Notre maison est en danger, alors il vaut mieux entrer dans la convention quoi que pensent les médecins.

Actuellement, nous n'avons aucun pouvoir sur l'assurance maladie. Il y a un an et demi, nous avons fait une erreur par manque d'analyse.

A.Leclerc : il y a un an ½, nous sortions des élections URPS pas merveilleuses. Aujourd'hui, beaucoup croient que nous y sommes toujours. Nous devons nous occuper des élections URPS, alors il faut entrer dans la convention.

M.Luttenbacher Rubel : tout à fait d'accord avec M.Combier, y entrer, sans condition d'avenant.

PP Schlegel : les généralistes étaient favorables à la signature de la convention. Lors de l'AG CSMF, la majorité des médecins était contre. Il s'interroge sur le fonctionnement de la CSMF.

L.Duquesnel : le lendemain de l'AG CSMF, lors du bureau CSMF, l'ensemble des généralistes a dit que l'AG CSMF a été l'AG de l'UMESPE.

PP Schlegel : signer va nous rapporter de l'argent. Quel élément déterminant ? Les médecins de terrain s'en moquent.

R.Sebbah : notre responsabilité c'est la défense de notre profession, alors soyons responsables : signer la convention, même si les autres nous critiquent.

S.Attal : oui il faut signer.

J.Mazet : une signature de combat.

A.Rabiaza : en résumé, tout le monde s'accorde pour signer la convention pour raison de sauvetage de la maison.

L.Duquesnel : Alain Prochasson (trésorier CSMF) est intervenu lors du dernier conseil confédéral en disant que l'on ne mettrait pas la clef sous la porte si l'on ne signait pas.

M.Combier : mais il avait dit le contraire trois jours avant.

A.Rabiaza : Etre communiquant : il faut justifier pourquoi on signe.

J.Mazet : non signataire, on ne participe à rien. En signant, on participe aux discussions départementales, régionales avec CPAM...

F.Verdon : nous sommes un syndicat responsable.

JM Lemettre : si l'on pense qu'il y a des chances d'améliorer l'avenant, il faut négocier. Et ensuite entrer dans la convention sans signer l'avenant.

L.Duquesnel : aujourd'hui cet avenant est inacceptable. Ne pas lier notre entrée dans la convention à la signature de l'avenant.

Vote : contre = zéro, tous d'accord.

L. Duquesnel : Négos conventionnelles : dorénavant envoyer les comptes rendus des négos à tous les membres du comité directeur.

J.Mazet : faire remonter les infos de terrain pour mettre dans la lettre hebdo.

9) Questions diverses.

Les orthophonistes : de nombreux patients adressés aux orthophonistes n'en relèvent pas. Exemple, en Nord Pas de Calais, 70% des bilans faits montrent que les enfants n'en ont pas besoin. Il faut travailler avec les orthophonistes pour réfléchir à une éventuelle protocolisation de leur accès afin de permettre un éventuel accès en direct sans passer par le médecin traitant.

Dr Patrick CZERWINSKI
Membre du Bureau