

COMpte RENDU DU COMITE DIRECTEUR VENDREDI 1^{ER} JUIN 2018

PRESENTS : Drs Luc DUQUESNEL (Président « Les Généralistes CSMF »), Dany GUERIN (Aquitaine), Fouad OU-RABAH (Aquitaine), Monique LUTTENBACHER-RUBEL (Alsace), Pascal MEYVAERT (Alsace), Guillaume DARMAILLACQ (Aquitaine), Nadia SIMON (Bretagne), Jean-Michel LEMETTRE (Centre), Nicolas SAINMONT (Basse Normandie), Patrick CZERWINSKI (Haute Normandie), Stéphane ATTAL (Franche Comté), Alain LECLERC (Ile de France), Mickael RIAHI (Ile de France), Michel MONDRZAK (Ile de France), Jean-Marie CONQUET (Limousin), Rémi UNVOIS (Lorraine), Jean-Daniel GRADELER (Lorraine), Bertrand DEMORY (Nord Pas-de-Calais), Pierre-Marie COQUET (Nord Pas-de-Calais), Jean François PERRET (PACA), François VERDON (Pays de Loire), Béatrice FAZILLEAUD (Poitou-Charentes), André NOUAILLES (Picardie), Julie MAZET (Rhône Alpes), Vincent BOUIC (Evolutis DPC), Dominique RICHTER (Président du SMACMAC), Laurence NOEL (Assistante de direction).

ABSENTS EXCUSES : Drs Pierre-Paul SCHLEGEL (Alsace), Fernand FLORES (Auvergne), Xavier BUCHHOLTZ (Bourgogne-pouvoir Dr Attal), Dominique CHAPUIS (Bourgogne), Frédéric MAS (Bretagne), Antoine GUINOISEAU (Champagne Ardennes), Georges SIAVELLIS (Ile de France-Pouvoir Dr Leclerc), Christian VEDRENNE (Languedoc Roussillon), Jean-Pierre BRUNOT (Languedoc Roussillon), François POULAIN (Languedoc Roussillon), Jean Baptiste THIBERT (Languedoc Roussillon), Sophie SIEGRIST (Lorraine), Jean LAFARGUE (Lorraine), Michel COMBIER (Midi Pyrénées), Bertrand LEGRAND (Nord Pas de Calais), Michel BACHELET (Pays de Loire), Philippe BRUNET (Poitou Charentes-pouvoir Dr Fazilleaud), Stéphane DELABROYE (Poitou Charentes-pouvoir Dr Fazilleaud), Yannick FREZET (Rhône Alpes), Hervé GIN (La Réunion), Andry RABIAZA (Président CSMF Jeunes Médecins – Pouvoir Dr Sainmont),

ABSENTS : Patrick NICOL (Alsace), 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 24/03/2018,
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 : IPA, recertification, Article 51,
7. Actualités conventionnelles : Convention médicale : Décision de l'AGE de la CSMF du 25/05,
8. Actualités syndicales,
9. Questions diverses.

L'ensemble des documents mentionnés dans ce compte rendu sont téléchargeables sur le PORTE DOCUMENTS :

Allez sur le site « *Les Généralistes CSMF* » <http://www.lesgeneralistes-csmf.fr>

Dans le menu : **Espace membres > Porte documents 2018**

NOM UTILISATEUR : **lesgeneralistes-csmf**

MOT DE PASSE : **01062018**

Cliquez sur « **CD 01-06-2018** » pour accéder à l'ensemble des documents.

Tour de table : chacun se présente de manière succincte.

Pouvoirs : ok

Approbation du CR du 24.03.2018 : approuvé à l'unanimité.

Formation : Evolutis DPC, état d'avancement : Vincent Bouic :

2018 : 852 000 euros réalisés actuellement, légère baisse par rapport à 2017 (mais en 2017 nous avons réalisé une grosse formation avec 200 participants dans les DOM).

Premier semestre 2018 compliqué à cause des grèves notamment. Un tiers de l'objectif 2018 a été réalisé. Deux mois utiles : mars et juin. Nous pensons qu'il y a un décalage des médecins du premier vers le second semestre. Finalement, Evolutis DPC s'en sort car avec la nouvelle politique nationale, il existe une réorganisation des structures de formations : certains ont de nombreuses difficultés : SML, Le CHEM.

Pour Evolutis DPC, le DPC est important et il faut continuer aussi les formations FAF. Il faut poursuivre les inscriptions.

Les Printemps du DPC : 1^{er} et 2 juin, mieux qu'en 2017 = 285 inscrits malgré les grèves.

L. Duquesnel : Formation informatique. J'ai rencontré la société IQVIA qui a fait, à la demande de la CNAM, une étude sur l'usage des dossiers informatiques du patient par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Cette étude est intéressante, entre autres car elle parle des attentes de généralistes quant aux formations sur leur SI et que les formations actuelles ne correspondent pas forcément à leurs attentes (voir étude dans le porte document).

V. Bouic : DPC sur la maîtrise de stage : 9 et 16 juin prochains : 30 inscrits. La formation est complète. Il faut la refaire au 2nd semestre. La mainmise totale du CNGE sur cette formation a causé du remous au ministère, ARS, facultés de médecine. C'est pourquoi nous avons réussi à la faire. Politiquement, cette formation est capitale. En dehors du CNGE, certains autres spécialistes de la CSMF sont contre cette formation réalisée par Evolutis DPC.

NB : pour qu'une formation soit réalisable : 8 à 10 inscrits suffisent.

Premiers gestes d'urgence : pour l'instant, 124 inscrits pour 2018 sur 10 formations ; c'est important pour FORMUNOF.

Université d'été de la CSMF à Giens : vendredi 14 septembre 2018 : 4 thèmes de formation, chacun de 8h30 à 16h30 :

- Perturbateurs endocriniens
- MSP, CPTS, Organisation territoriale
- Traitement de la douleur
- Hypnose niveau expérimenté.

Actuellement, 11 inscrits, tous des généralistes. **Les cadres CSMF doivent s'inscrire dès maintenant** (bulletin d'inscription sur « porte documents »).

Objectif EVOLUTIS DPC à poursuivre, pour l'instant certains signaux laissent penser que nous y arriveront et mieux qu'en 2017.

Formations « Permis de conduire » :

- Pour devenir agréer : 1 jour et demi, payant.
- Pour renouveler l'agrément = tous les 5 ans pour les médecins concernés : durée de formation = 3 heures.

Luc DUQUESNEL rappelle que tous les documents se trouvent sur le « porte documents » et sont téléchargeables :

- Le compte rendu du précédent comité directeur.
- Flyer « avantages adhérents CSMF » à joindre à vos circulaires départementales ou régionales,
- Réorganisation des Généralistes en cas de baisse de leur nombre dans un territoire.
- Article 51.
- VITODOC.
- Le 116 117.
- Rapport MESNIER Soins non programmés
- Observatoire de la ROSP : très intéressant, de nombreux médecins ont répondu, nombreux mécontents de la baisse de la ROSP. C'est un bon outil pour notre communication. Réflexion sur la ROSP (M RIAHI).

Remarque : Tenue du dossier médical informatique par le médecin généraliste : la CNAM considère que l'activité élevée d'un MG c'est à partir de 25 actes. Pour nous, à moins de 25 actes, on a du mal à faire vivre le cabinet médical !

Intervention de Pierre-Marie COQUET : Président de SMCG-CSMF : au sujet des médecins coordinateurs, il y a des généralistes, des gériatres... Le SMC-EHPAD devient le **SMCG-CSMF** : **« Syndicat des Médecins Coordonnateurs, EHPAD et autres structures, généralistes concernés par la gériatrie ou la fonction de coordination et gériatres ».**

Une députée LR mais aussi 19 autres (tous partis confondus) veulent que le médecin coordinateur d'EHPAD devienne de fait le médecin traitant des patients en EHPAD. Le problème : les médecins coordinateurs d'EHPAD ont déjà beaucoup de travail. Ils doivent établir un budget annuel de fonctionnement de leur EHPAD. Madame BUZYN vient de faire une annonce qui ne concerne plus que les EHPAD. Afin d'améliorer la perte d'autonomie, le ministère facilite la sortie d'hospitalisation, le retour à domicile, l'hébergement en EHPAD temporaire au même prix qu'à l'hôpital : là ça décoiffe. Alors le SMC- CSMF devient un lanceur d'alerte.

La restriction de liberté : lit contre le mur, les barrières, les liens entravant le malade.... Il faut y réfléchir. La contention médicamenteuse aussi (neuroleptiques au patient déambulant). Si la famille se penche sur le traitement d'un patient ayant chuté et fracture : le généraliste risque d'avoir des problèmes.

L'ADN du SMCG-CSMF = les médecins généralistes en EHPAD.

Aujourd'hui : DESC Gériatrie, c'est un médecin spécialiste. Les gériatres sont très utiles au même titre que le cardiologue ou tout autre spécialiste. La gériatrie débute au-dessus de 60 ans. La démence : évolution importante de la recherche. Les gériatres libéraux sont actuellement cotisants SML. Ils recherchent une cotation de leurs actes. Pour vivre, ils signent des contrats « médecin traitant » avec les patients.

- DESC Gériatrie
- DESC Urgence : deux nouvelles spécialités.

M.RIAHI : les pédiatres ont compris que leur futur est d'être spécialistes en pédiatrie (Pneumopédiatres, ...) Pour les gériatres, même problème : ils ne peuvent pas demandés à être mieux rémunérés que nous qui sommes déjà des experts en gériatrie, même si nous n'avons pas le diplôme.

PM Coquet : la place du gériatre, comme pour les autres spécialités, n'est pas de revoir notre patient tous les mois.

D.Guérin : gériatre, elle s'est empressée de se retirer de l'annuaire, car sa qualité de gériatre entraînait l'arrivée de tous les cas désespérés de gériatrie.

L.Duquesnel : actuellement, il existe un besoin de médecins intervenant en EHPAD et de médecin coordonnateur d'EHPAD. Dans certains secteurs, les généralistes arrêtent les visites. Comment résoudre ce problème en EHPAD sinon en rappelant aux médecins généralistes / médecins traitants que leur mission est de répondre aux demandes de soins de la population et donc de faire des visites à domicile, d'aller en EHPAD et de participer à la PDSA ? Sinon d'autres assureront ces missions à leur place.

M.Riahi : il est normal d'avoir besoin d'un gériatre. Mais il faut se méfier de la communication. Rappelons-nous du cas des pédiatres, qui avaient raison de se plaindre. La CSMF avait répondu à leurs attentes, puis avait été critiquée par les généralistes.

L.Duquesnel : la ROSP de l'enfant a tué la pédiatrie libérale.

Homéopathie : une bande d'hurluberlus a demandé le déremboursement des prescriptions d'homéopathie. Agnès Buzyn s'en est emparé. Le SML a défendu les Homéopathes. La CSMF n'a rien répondu.

Nous avons déjà perdu beaucoup de MEP. Ils vont au SML.

15 000 MEP en France. Ce n'est pas rien.

Alors la communication est importante. Des questions : quel nombre de prescriptions d'homéopathie en France ? L'homéopathie ne semble pas être une concurrence pour les généralistes. Les homéopathes sont rarement médecins traitants du patient. L'homéopathie peut constituer une plus-value. *Les Généralistes CSMF* ont demandé à la CSMF d'avoir une communication qui défende les MEP car ils sont souvent, pour les médecins généralistes, l'équivalent des médecins correspondants du 2^{ème} recours.

D.Guérin : il faut défendre la place des généralistes en EHPAD.

L.Duquesnel : oui, mais penser aux généralistes qui refusent de faire des visites, quittent la PDSA.... Qui ne font plus que des consultations dans leur cabinet médical.

Syndicalisation :

Etat des lieux des cotisations : 293 remontées, pas assez. La CSMF rencontre les mêmes problèmes. C'est dramatique.

Remarque Nord Pas de Calais : B.Demory, actuellement le nombre des syndiqués augmente.

L.Duquesnel : nous n'avons plus les moyens de payer le loyer à la CSMF ; nous n'avons plus les moyens de remonter la part CSMF des cotisations « Les Généralistes CSMF ».

Alors il faut faire remonter les cotisations à notre syndicat. Si pas d'envoi fait, nous n'existons pas. Nous n'aurons pas de voix pour les élections URPS.

Projet politique « Les Généralistes CSMF » : stratégie de communication :

Les délégués départementaux : sur notre carte de France, il nous faut un responsable par département. Le but : organisation de réunions régionales au sens des anciennes régions puis éventuellement départementales, enrichir le projet politique, avoir une vision de la médecine générale de demain.

Les DOM : pas de représentant pour l'instant.

Première réunion régionale avec Luc Duquesnel et les membres de notre Bureau : à **Marseille** avant l'Université d'été, le **13 septembre** à partir de 20h00, après notre réunion du Bureau. Tous les présents à Giens sont les bienvenus à cette soirée, il faut prévenir Laurence dès maintenant.

Pour les élections de 2020 : faudra-t-il un binôme femme-homme ? Pas encore de réponse.

Projet politique Les Généralistes CSMF : bien fait, encore des manques : sécurité des médecins, on y travaille.

Les sages-femmes : consultation à 25 euros bientôt.

L.Duquesnel : c'est une profession médicale. Nous, notre profession ne manquera pas de travail. Il faut arrêter le prurit des sages-femmes. Nous avons beaucoup de champs de la médecine non couverts. Notre combat contre la vaccination des IDE ou des pharmaciens idem. Nous devons évoluer.

PM Coquet : lâcher des parts de marché, pas recommander. Il existe d'autres pratiques : rechercher l'apnée du sommeil et c'est très bien côté. Faire une ALQP à tout patient sous BZD. Cela devient difficile à coordonner (maintenant), alors il faut évoluer.

D.Guérin : il faut communiquer sur le fait que le syndicat défend les médecins pour une meilleure rémunération. Ecrire ce que l'on demande, même si nous n'obtenons rien.

L.Duquesnel : oui. La communication à voir avec Olivier Colin.

M.Riahi : oui. Dans le projet politique, au sujet de la rémunération, nous devons avoir accès à l'OPTAM (sous condition évidemment), le but n'est pas d'augmenter la rémunération sans rien faire, c'est aussi une réponse aux populistes, mais ne pas dire « la consultation à 50 euros vous ne l'aurez pas » c'est dire : bien sûr, nous devons être mieux rémunérés grâce à la reconnaissance de la qualité de notre travail ». Nous n'acceptons pas d'être sous-payés.

Les IPA : intérêt, si elle fait un ECG pour un de nos patients, nous devons pouvoir le coter, sinon aucun intérêt.

OPTAM : le médecin de base ne connaît pas. Nous, dans le projet politique, si un médecin s'engage dans la recertification, cela doit être revalorisé dans l'OPTAM.

Numéro 116 117 :

Luc : Le ministère veut regrouper : Pompiers, SAMU, Police, Sous le même numéro = le 112.

Avantage du 116 117 : le numéro de téléphone et l'adresse correspondante sont identifiés, il peut être utilisé pendant la PDSA mais aussi en période de continuité des soins. Ce numéro doit être identifié comme celui de la médecine générale et permettre une meilleure utilisation du système de santé.

La régulation libérale fonctionne dans tous les départements malgré la baisse du nombre des médecins.

Si nous adressons un patient à son médecin généraliste, il pourra coter : GS+MRT = 40 euros la consultation.

Mais garder le 116 117 n'est pas gagné. Le SAMU risque de perdre son numéro. Et nous perdrons notre PDSA, nos astreintes de garde...

Dans nos régions, il faut en parler, l'intérêt de la médecine générale est le 116 117.

Les projets expérimentaux : Article 51

Circulaire du 13 avril 2018 s'impose à tous les ARS. Publiée le 10 mai : Elle explique tout. Pour les porteurs d'un article 51, comment faire ? Si l'on s'approprie cet article, on maîtrisera mieux le sujet que les responsables dans les ARS.

Les grands principes : organisations innovantes et dérogatoires. Pas de cadre restrictif (pas d'obligation à être en SISA ou autre). Cela doit être reproductible ailleurs. Cela dure 5 ans. Le but est l'amélioration du service rendu ; faisable ; doit déroger à une règle de financement ou texte existants déjà.

Les processus d'échange :

- 1) Lettre d'intention = projet light.
- 2) Dialogue avec ARS.
- 3) Validation par ARS.
- 4) Finalisation du cahier des charges.
- 5) Transmission au comité technique national (Natacha LEMAIRE).

Actuellement, la majeure partie des articles 51 arrivants sont hospitaliers. Si peu de projets libéraux : ils seront retenus. Le temps de travail du porteur de projet est rémunérable (il faut le budgéter dans le projet).

Il existe aussi 3 appels à manifestation d'intérêt (AMI) qui relèvent du niveau national.

Le premier concerne uniquement la chirurgie. Les deux autres nous concernent :

IPEP : Expérimentation à l'Incitation à une Prise En charge Partagée : inciter à travailler ensemble, la rémunération sera un complément au paiement à l'acte. Sera versé au groupement d'acteurs et partagé. La somme versée sera fonction du pourcentage du projet atteint.

Voir rapport de Natacha LEMAIRE sur le porte document.

Les lettres d'intention sont à envoyer avant le 31 juillet. Puis les porteurs de projet seront associés à l'écriture des cahiers des charges de ces expérimentations.

Les critères : Accès aux soins, réduction des hospitalisations, suivi des patients atteints de pathologies chroniques, Prévention...

Critères financiers : réduction des dépenses, atteinte d'objectifs...

Profil des candidats : MSP ou CPTS ou GCS. Volume initial des patients : 5000 ayant déclaré MT.

PEPS : Expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de prof de santé en ville :

L'objectif est la recherche de nouveaux modes de financements pour le suivi des patients....(Voir Porte document).

Cela existe déjà aux Etats Unis, en Belgique. Les médecins belges ne s'en plaignent pas. Il y a par exemple un forfait à la patientèle. Les infirmières deviennent plus efficaces en passant moins souvent, les patients savent rapidement s'autogérer (pour les INR ou pour les injections d'insuline...); les infirmières peuvent voir plus de patients différents, la patientèle augmente, le forfait augmente. Alors une meilleure pertinence des soins rapporte.

Exemple des radiologues : même principe dans leurs négociations pour ne pas avoir de pénalités au sujet de leurs rémunérations.

Actuellement, ... notre quotidien :

- Avec la baisse du nombre des généralistes : comment faire pour mieux travailler en prenant en charge plus de patients ?
- Le paiement à l'acte n'est pas pertinent et les généralistes s'en plaignent à juste titre.

Article 51 LFSS. Dynamisation de la procédure d'inscription des actes à la nomenclature nécessaire à leur remboursement.

N.Sainmont : rémunération des psychologues ?

F. Verdon : propose le slogan : « La CSMF aujourd'hui pour faire demain ».

Quelle cohérence et quelle complémentarité entre ces différents dispositifs ?

PM Coquet : avant c'était les médecins des villes, les médecins des champs. Aujourd'hui, on manque de médecins. Chez nous, ça gronde. Le zonage c'est du n'importe quoi. Il existe une dichotomie entre les médecins dont on s'occupe et ceux dont on ne s'occupe pas : dans le Nord Pas de Calais, on a l'impression de ne s'occuper que des zones sous dotées.

Article 51 très intéressant, facile à travailler avec infirmière à domicile. Mais au cabinet médical, cela sort du cadre.

Le psychologue : intéressant. Mais dans certains endroits, il n'y a plus de psychiatre libéral.

L.Duquesnel : il faut être informé. Actuellement, tous les articles 51 sont hospitaliers. Il y a tellement peu de projets libéraux que même ceux limites, risquent d'être acceptés.

Les URPS sont déjà surchargées. Il faudrait un chargé de mission dédié aux articles 51.

Questions parmi les présents :

- Qui est en MSP ? : 8, en projet ? : 6
- En ESP ? :1, en projet ? : 1
- En CPTS signé ? : 1, projet ? 8
- A une PTA libérale ? : 2, projet ? : 7

Remarque : si le budget proposé ne convient pas, on ne signe pas.

Les ARS ont appris à calculer : temps de coordination nécessaire à chaque action à calculer mais aussi pour créer la CPTS.

Prendre l'habitude que l'argent c'est à la fin : d'abord construire le projet, avec qui, comment y arriver ? Ensuite on budgétise.

PM Coquet : la prise de rdv par internet ne remplace pas une secrétaire physique. Car la secrétaire physique peut scanner les documents reçus, Rendre plein de services.

Divers :

- **ONDAM** : commission des comptes : pas d'alerte en juin.
- **IPA** : une dizaine de facultés proposent des formations. Master 2 en septembre. Comment indemniser la formation des infirmières libérales (qui devront quitter leur cabinet) ? C'est un sujet important, sinon seules les infirmières hospitalières seront formées pour les pratiques avancées, ensuite elles retourneront à l'hôpital.
- **Recertification** : on y travaille, on veut que cela reste entre nos mains.
- **Certificat de décès : Dany Guérin** nous a interpellé sur un arrêté qui modifie le contenu du certificat de décès et demande la transmission par voie électronique.
Nous avons retrouvé des arrêtés du 21 avril 2017 et 10 mai 2017, ... mais Dany dit qu'il y a un arrêté de 2018 ? Luc demande qu'elle le lui transmettre.
- **PDSA 16** : Pierre Philippe Brunet : rapports mauvais avec l'ARS. Certains secteurs voulaient arrêter, les horaires de certains secteurs étaient limités.... Des réquisitions risquent d'être lancées par l'ARS. Charente Maritime : secteurs de PDSA à horaires limités. Le cahier des charges de Charente Maritime : pas d'appel après 20h donc arrêt des effecteurs en semaine après 20h, mais la régulation existe et les effecteurs du week-end existent. La Charente voulait faire comme la Charente Maritime, mais ARS s'y oppose car il veut uniformiser.

L.Duquesnel : Dans certains secteurs, il existe un effecteur de nuit profonde, tous les départements ont des organisations différentes. Quand l'ARS veut changer les choses, là il y a un rapport de force. Si certains départements veulent créer un rapport de force vis-à-vis de l'ARS pour faire aboutir leurs demandes, il est important que tous les médecins généralistes, effecteurs et régulateurs, soient sous la même bannière. La division est du pain béni pour l'ARS.

J.Mazet : l'ARS a accepté toutes les demandes des libéraux.

PM Coquet – B Demory : dans le Nord Pas de Calais, il y a eu des soucis, mais l'harmonisation a été réussie (car il y avait 176 secteurs de garde pour deux départements), il n'y aura pas de réquisition.

JM.Lemette : prise en charge des actes non programmés le jour (continuité des soins) cela peut être un argument.

G.Darmaillacq : l'organisation des soins non programmés le jour n'a pas augmenté les actes de PDSA aux urgences.

L.Duquesnel : oui, refuser une otite le jour au cabinet médical va entraîner un acte aux urgences hospitalières.

R.Unvois : télétransmettre un certificat de décès est très facile, car après l'avoir fait la première fois avec CPS → ensuite on peut le faire (sans CPS) directement avec SMARTPHONE.

Dates des prochains comités directeurs Les Généralistes CSMF :

Aujourd'hui, pour raison de grèves, il a lieu un vendredi. Cette année, la plupart des CD ont eu lieu le samedi (un seul vendredi veille du conseil confédéral)

Pour 2019 : on propose que nos CD aient lieu pour moitié le samedi, l'autre moitié le vendredi : tous les présents sont d'accord.

Actualités conventionnelles :

Convention sages-femmes : l'acte passe à 25 euros en 2019. Cette profession devient sinistrée car trop nombreuses. Les sages-femmes hospitalières poursuivent le suivi des femmes sortant d'hospitalisation. Les libérales manquent de travail.

Avenant Télémédecine, téléconsultation : avenant pas parfait. Le but était que les plateformes extérieures ne puissent pas s'en emparer et demander que ce soit un acte conventionnel.

A partir de septembre 2018, il faut une connaissance préalable du patient par le médecin traitant ou correspondant, tous secteurs. Exception : moins de 16 ans, spé en accès direct, patient sans MT désigné, ou si le MT non disponible (PDSA par exemple). L'organisation territoriale sera validée en CPL (d'où l'intérêt d'y retourner). Modalité : système de vidéo-transmission garantissant la sécurité des données, traçabilité. Rémunération : tarif habituel = 25/30€ tous secteurs.

Attention : QARE = plateforme, en train de contractualiser avec des secteurs. Attention, nous devons rester maître du parcours de santé du patient. Avec QARE, nous perdrons les patients passés par eux.

Téléexpertise :

Périmètre : en premier temps = patients ALD+ maladies rares+ zones sous denses+ détenus. Puis fin 2020 concernera l'ensemble des patients.

Principe : pour le niveau 2, connaissance préalable du patient requis.

Modalités : sécurisation des données, traçabilité.

Niveau de téléexpertise :

- Niveau 1 : avis sur question circonscrite, sans nécessiter de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale.
- Niveau 2 : avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence.
- Niveau 3 : à définir, 2020.

Rémunération du médecin requérant dès le premier acte, à hauteur de 5€ pour le niveau 1, 10 € pour le niveau 2 (plafond les deux cumulés) = 500 euros / an.

Le médecin requis : niveau 1 = 12€ par patient, = maxi 4 / an/ patient. Niveau 2 : 20 € / patient ; Plafond 2 / an / patient.

Le frein : temps pour se connecter à la plateforme = 3 min.

Mais actuellement nous envoyons des documents gratuitement au spécialiste. Donc si téléconsultation de niveau 1 = question circonstanciée = si à chaque fois rémunéré.

M.Riahi : expérience de télémedecine dans son secteur pour faire cela en maison de retraite : l'IDE est au domicile du patient, elle a la caméra (I-Pad), elle est payée 25 euros. Elle a un stétho connecté et donne les constantes. Intéressant car nous pouvons nous approprier cet outil de téléconsultation si cela peut remplacer la visite à domicile chez un patient que l'on connaît déjà. J'ai essayé et j'ai eu un retour très positif de la patiente.

B.Demory : téléexpertise, dans son secteur, 1000 médecins en formation sur les tumeurs dermato, télémedecine. Mais ce sera 25 euros pour le médecin requérant, 46 pour le requis. Cette expérimentation est dirigée par l'ARS, en conflit avec CPAM. La CNAM a refusé car eux veulent rémunérer 12 euros (et pas 25). Intérêt de cette formation : les professionnels non formés envoient des lésions normales, les généralistes formés envoient en majorité des images anormales → la productivité est grande. Depuis cela, les dermatos préfèrent que le patient soit d'abord vu par le généraliste formé.

PM Coquet : Limité à 100 actes/ an d'après CNAM, alors syndicalement parlant il faut faire les 100 actes dès le premier mois pour montrer que ça sert et que la CNAM a tort.

L.Duquesnel : si nous le faisons dans le 1^{er} mois, cela voudra dire que nous sommes d'accord avec 5€/acte. Un souci : actuellement, l'intelligence artificielle est plus efficace que le spécialiste.

JM.Lemette : La téléconsultation est intéressante, mais le vrai sujet est la qualité du capteur, de la technique. Aucune technique n'est à 100% efficace. Pour le niveau 1 : avec le smartphone ok, c'est rapide, facile. Il est plus efficace d'envoyer un ECG par smartphone (photo) au cardiologue que d'utiliser une plateforme de télémedecine où le temps sera le facteur limitant.

Rémunération du requérant pour le niveau 2 : un dossier à préparer, ouvrir la plateforme (3min) puis déposer le dossier, puis avoir la réponse du spé. Dans ce cas, l'utilité c'est en cas de désertification du secteur par les spé.

L'idéal : avoir un dossier structuré ainsi on envoie le VMS (un clic) + examen complémentaire + la question = rapide.

Stratégiquement : 5 euros pas assez ? Ou tout faire le premier mois ? Ou ne rien faire ? → Le problème c'est qu'au bout d'un moment N.Revel aura des comptes à rendre.

L. Duquesnel : si les médecins le font à 5 euros, N.Revel gardera cette rémunération à 5 euros.

Avec les plateformes : c'est chronophage.

La téléconsultation est une vraie ouverture. Si c'est protocolisé, cela marchera et nous y trouverons un intérêt une fois que nous nous serons appropriés la technique.

Quand on ne peut pas se déplacer au domicile du patient, il faut une autre solution. Cela fonctionne au Québec, en Australie. La technique doit suivre.

Le tarif : pour la téléconsultation sur le plan médico économique, on est gagnant. Par contre, nous sommes contre la téléexpertise qui n'est pas assez rémunérée et la CSMF aussi est de cet avis.

Télémedecine et forfait structure : augmentation du nombre des points de 660 à 735 avec 2 nouveaux indicateurs :

Indicateur : aide à l'équipement pour vidéo transmission **50 pts**

Indicateur 7 : aide à l'équipement pour appareils médicaux connectés **25 pts**.

A retenir : il y a un an, c'était zéro euro pour le médecin requérant. Le travail du médecin requérant est très important pour la téléexpertise, il doit être rémunéré pour la création du dossier, ouvrir accès interne (3min) + entretien avec expert.

JM.Lemettre : idem pour l'hôpital et le DMP : l'hôpital considère qu'il n'a rien à rémunérer pour le transfert par le médecin généraliste dans le DMP alors que c'est un vrai travail, régulier.

Mesures relatives aux actes cliniques et techniques :

Elargissement de certaines consultations complexes à très complexes (à la demande de la CSMF) :

Majoration PPN : patients atteints de sclérose en plaque, maladie de parkinson, épilepsie instable, élargie à d'autres maladies neurodégénératives. (Pas pour les généralistes).

Création d'une consultation très complexe de repérage des signes de troubles du spectre autistique réalisée par un généraliste ou un pédiatre (60 €).

Une consultation de suivi annuel des enfants autistes : par le **généraliste**, pédiatre ou psychiatre : 46 €

Consultation très complexe : information, organisation, prise en charge du patient sous biothérapie : élargi aux dermatologues pour les patients ayant **psoriasis**.

Consultation très complexe : consultation initiale pour anisocorie diplopie... ptose... réalisée par un **ophtalmo** = majoration de 30€

VL : pour les patients incapables de se déplacer pour raison médicale, étendue aux patients en soins palliatifs, patients ALD, de plus de 80 ans, vu pour la première fois par le médecin traitant.

Anesthésistes : cotation APC applicable à la consultation de pré-anesthésie ASA 3 ou 4.

Cotation APC cumulable avec les majorations jours fériés.

OPTAM : concerne les autres spécialités.

Mesures démographiques :

CSTM : pour les médecins n'exerçant pas en zone sous dotée et allant aider les confrères en exerçant en plus en zone sous dotée, l'aide passe de 10 à 25% des honoraires (activité clinique et technique) et le plafond passe de 20 000 à 50 000 euros.

Plan imagerie (radiologues) : (pas pour nous), les radiologues ont négocié avec la CNAM des diminutions de nombre d'actes inutiles (certaines radios....) ; en échange, ils n'auront pas de baisse de tarifs. Si cela réussit, l'article 99 saute.

AGE CSMF du 26 mai 2018 :

Retour dans la convention : à 95.2% la CSMF a décidé de voter pour le retour dans la convention médicale. Ce retour, même s'il s'est fait avec un retard préjudiciable sur le plan humain et financier, *Les Généralistes-CSMF* ne peuvent que s'en féliciter car, avec un tel pourcentage, il n'a pas entraîné de division et donc de courants au sein de la Confédération.

La ROSP :

Observatoire de la ROSP lancé par « Les Généralistes CSMF » : 50,1% des médecins perdants, 49,9% des médecins gagnants.

Dans la salle, si l'on associe le forfait structure : 5 présents gagneront plus. Grâce au coefficient modérateur appliqué. S'il n'avait pas été appliqué, nous aurions eu 62% en moins.

La ROSP nous a permis d'identifier que l'on n'a pas intérêt à avoir un patient suivi par un réseau (ça plombe la ROSP). Le patient sous AVK suivi à partir d'octobre n'aura pas 10 INR → ça plombe. Pour l'incontinence urinaire et générique, pas assez de médecins, idem pour les boîtes de bronchodilatateurs. Ces indicateurs seront supprimés et remplacés par d'autres indicateurs en 2019.

M.Riahi : refaire une ROSP simple.

L.Duquesnel : afin de corriger ce qui a été fait sur la ROSP, nous rentrons dans la convention. Sur les missions de service public : rémunéré pour les professionnels de santé dans le cadre d'une action collective.

Problème de la ROSP : le Collège de Médecine Générale a fait des propositions à la CNAM qui n'a pris en compte que certaines de nos demandes. De plus, les seuils de déclenchement sont décidés par la CNAM. Et si elle multiplie nos gains par 1.7 c'est parce qu'elle s'est trompée.

A.Leclerc : dans la presse, la ROSP est prise pour une prime. Pas comme un travail que l'on effectue. Cela constitue un travail supplémentaire à faire, qui en plus est imposable, alors il ne nous reste pas grand-chose.

L.Duquesnel : Quand on prend un patient en charge : il nous demande plus de travail que ce que l'on fait en consultation. Il y a aussi les courriers des spé, les résultats des examens complémentaires...

PM.Coquet : oui le modèle économique change.

L.Duquesnel : les patients changent, leurs pathologies changent, le modèle économique doit aussi changer.

Notre travail il y a 30 ans c'était rhinopharyngite, gastro et pathologies aiguës. Aujourd'hui, on explique aux parents comment faire et on s'occupe plus longtemps des patients chroniques.

Questions diverses :

Les syndicats de médecins :

- **SML** : des soucis dans ce syndicat : organisation difficile, communication changeante, organisme de FMC en difficulté.
- **FMF** : personne ne veut prendre la suite de JP.Hamon. Mais il poursuit ses coups de gueule.
- **UFML** : crie plus fort que Hamon.
- **Les jeunes** : ils montent, ils travaillent : REAJGIR...
- Les conventionnistes : CSMF, MG France
- **MG France** : depuis le départ de C.Leicher : ils ont perdu. J.Battistoni a moins de carrure que Leicher, il n'a pas son autorité. Leur communication sur les IPA était anti IPA. Et nous avons appris le lendemain que le président et la vice-présidente n'étaient pas au courant. La vice-présidente a menacé de démissionner. Le niveau de réflexion de ce syndicat a changé.

Une représentation syndicale appauvrie fait du mal à tous.

La mise en place d'un groupe de travail pose problème : les syndicats ne sont plus associés.

En 2020, nous avons gros à gagner au niveau des généralistes. Pour les autres spé : cela dépendra car, cela dépendra du score du BLOC. Olivier COLIN, chargé de communication à la CSMF, travaille là-dessus.

JM.Lemettre : dans son secteur, une jeune médecin ancienne président de REAJGIR peut poser problème au niveau des CPTS. Voudrait savoir si elle monte au bureau national MG France.

L. Duquesnel : après C Leicher, brillant, la succession est difficile.

Conclusion : Stratégie de communication Projet politique 2018-2020 : il faut trouver un médecin représentant départemental « Les généralistes CSMF » + photo (**Carte de France en PJ**)

S'ils ont des questions : demander à Laurence NOEL par l'intermédiaire du mail du syndicat : lesgeneralistes@csmf.org

Nous avons compris que nous aurions dû signer en août 2016. Nous n'avons pas valorisé notre non-signature. **Alors notre but : gagner les élections d'octobre 2020.**

Le prochain comité directeur aura lieu le **VENDREDI 5 OCTOBRE 2018** de 9h30 à 16h30 (veille du conseil confédéral).

Dr Patrick CZERWINSKI
Membre du Bureau