

COMPTE RENDU ASSEMBLEE GENERALE ET COMITE DIRECTEUR SAMEDI 26 JANVIER 2019

PRESENTS : Drs Luc DUQUESNEL (Président « Les Généralistes CSMF »), André NOUAILLES (Aisne), Monique LUTTENBACHER-RUBEL (Haut Rhin), Pierre-Paul SCHLEGEL (Haut Rhin), Pascal MEYVAERT (Bas-Rhin), Dany GUERIN (Gironde), Jean-Michel LEMETTRE (Indre et Loire), Jean-Christian BASSET (Cher), Nicolas SAINMONT (Calvados), Patrick CZERWINSKI (Le Havre), Véronique FAUCHIER (Eure et Loir), Vanessa MENAGER (Gard), Stéphane ATTAL (Doubs), Guillaume DARMAILLACQ (Landes), Jean-Daniel GRADELER (Moselle), Alain LECLERC (Val de Marne), Michel MONDRZAK (Seine et Marne), Christian VEDRENNE (Pyrénées Orientales), Jean-Marie CONQUET (Creuse), Catherine DRYKA (Creuse), Michel COMBIER ((Haute Garonne), Bertrand DEMORY (Nord), Pierre-Marie COQUET (Nord, Président du SMCG-CSMF), René Claude DACQUIGNY (Pas de Calais), Mickaël RIAHI (Paris), Michel BACHELET (Loire Atlantique), Pierre BIDAUT (Loiret), Stéphane DELABROYE (Deux-Sèvres), Lucien CHAULIAC (Bouches du Rhône), Christiane DARRIEU-PIEDANIEL (Pays Basque), Julie CARON-MAZET (Haute Savoie), Andry RABIAZA (Président CSMF Jeunes Médecins), Vincent BOUIC (Evolutis DPC), Dominique RICHTER (Président du SMACMAC), Laurence NOEL (Assistante de direction).

ABSENTS EXCUSES : Drs Antoine GUINOISEAU (Champagne Ardennes) pouvoir Jean-Daniel GRADELER, Rémi UNVOIS (Meurthe et Moselle) pouvoir Luc DUQUESNEL, Yannick FREZET (Loire) pouvoir Julie CARON MAZET, Dominique CHAPUIS (Saone et Loire), Sophie SIEGRIST (Lorraine) pouvoir JD GRADELER, Nadia SIMON (Bretagne), Jean François PERRET (Bouches du Rhône) pouvoir Dr CHAULIAC, Béatrice FAZILLEAUD (Poitou-Charentes) pouvoir Dr Duquesnel, Philippe FAROUDJA (Dordogne) pouvoir Dr Darmaillacq, Fouad OU-RABAH (Lot et Garonne) pouvoir Dany GUERIN, Jérôme REGNIER (Béziers St Pons) pouvoir Dr Vedrenne, Sylvaine Le Liboux (Indre) pouvoir Dr Basset, Pierre Henri MAILHES (Jura) pouvoir Dr Attal, Jean Charles DELAGARDE (Loir et Cher) pouvoir Dr Lemette, Xavier GAUFROY (Loiret) pouvoir Pierre BIDAUT, Ghislaine GIGOT (Orne) pouvoir Nicolas SAINMONT, Jean-Baptiste THIBERT (Pyrénées Orientales) pouvoir Christian VEDRENNE, Gilles MOREAU (Haute Saone) pouvoir Stéphane ATTAL, Sophie FOURNIER (Sarthe), François POULAIN (Montpellier Lodève), Hervé SAHY (Vaucluse) pouvoir Dr Chauliac, François VERDON (Vendée) pouvoir Michel BACHELET, Hervé GIN (La Réunion) pouvoir Dr Coquet.

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

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

Aller dans le menu : **Espace membres > Porte documents 2019**

NOM UTILISATEUR : **lesgeneralistes-csmf**

MOT DE PASSE : **AG+CD_26_01_2019**

Cliquez sur « **AG+CD 26-01-2019** » pour accéder à l'ensemble des documents que vous pouvez télécharger en cliquant sur l'icône TELECHARGER à droite.

ORDRE DU JOUR :

- Pouvoirs à donner,
- Approbation du compte rendu de l'Assemblée générale du 27/01/2018,
- Formation : FORMUNOF : bilan 2018 et état d'avancement 2019,
- Rapport de l'Expert-Comptable sur les comptes de l'exercice clos le 31-12-2018,
- Approbation des comptes annuels de l'exercice clos le 31-12-2018 et quitus aux administrateurs,
- Affectation du résultat en report à nouveau.
- Compte rendu d'activités 2018 de la Secrétaire Générale,
- Projet politique « Les Généralistes CSMF » : stratégie de communication, élections URPS Octobre 2020,
- Rapport moral du Président et débat d'orientation de politique générale des « Les Généralistes CSMF » pour 2019,
- Modification des statuts : article 10 : composition du Bureau,
- Questions diverses.

Pouvoirs : OK

Tour de table + présentation nouveaux membres : Vanessa Ménager (Gard), Catherine Dryka (Creuse), Christiane Darrieu-Piedagnel (Pays Basque) et Pierre Bidaut (Loiret).

Approbation du compte rendu de l'Assemblée générale du 27/01/2018 (sur porte documents) : pas d'opposition, pas d'abstention. Approuvé à l'unanimité.

Information Assurance Scamed : Assurance à avoir pour la protection de nos données informatiques. En effet, si nos données sont piratées ou volées, il faut prévenir tous les patients. SCAMED propose de nous assurer et de prévenir nos patients à notre place (documents dans pochette et porte documents).

FORMATION : FORMUNOF : Présentation de Vincent BOUIC, Directeur des Opérations

Activité Formunof 2018 : 586 000 € réalisés en 2018. C'est mieux que ce qui était prévu malgré le contexte difficile et la fermeture de l'enveloppe DPC le 7 novembre 2018.

2017 : 178 200 € pour le FAF, 404 800 € pour le DPC.

2018 : 138 600 € pour le FAF, 447 600 € pour le DPC.

Quelques activités phares : premiers gestes d'urgence, c'est une formation sur deux jours. Toutes les spécialités médicales sont concernées. Mais en 2018, l'ANDPC avait réduit les spécialités à former aux généralistes, urgentistes, pédiatres.

Comme en 2014, 2015, 2016, le problème de l'enveloppe limitée s'est encore posé le 7 novembre 2018 avec l'arrêt des nouvelles inscriptions. Pour 2019, le risque est grand pour que cette enveloppe soit encore limitée.

Pour 2018, l'activité FAF a un peu diminué.

Depuis l'installation du GIE (2011), l'activité s'est stabilisée entre 450 000 - 500 000 euros.

Enjeux 2019 : Mise en conformité des formations prévues. Cela nous bloque en termes de promotion des actions. Nous y verrons plus clair en mi-février 2019. Un seul programme hors quota : Maîtrise de stage universitaire. DPC : 21 h de formation / médecin / an. Il devient possible de faire ces 21h de formation en non présentiel. Mais l'indemnisation du médecin est diminuée de 50% si non présentiel.

Le FAF : nous faisons beaucoup de formations informatiques. Nous avons une petite augmentation de budget pour 2019 : Si nous faisons une réunion « spécifique » en soirée à partir de 10 participants, il est possible de demander l'agrément FAF, voir avec Vincent BOUIC.

Faire des formations pour mailler le territoire, avoir des contacts.

Programmation 2019 : Printemps du DPC + Automnales du DPC. Pour les Universités d'été de la CSMF : Ethique, Pesticides, Soins palliatifs, télémédecine. Et toutes les régionales du DPC.

Le premier semestre est important, il faut déjà prévoir les formations. Il reste moins d'un mois pour les lancer.

Usage de la vidéo : permet aussi de communiquer (projection en séance d'une vidéo sur les Automnales du DPC).

Formations à l'échographie : Luc DUQUESNEL : 3 avaient été programmées, validées par Jean-Paul Ortiz, Président de la CSMF, mais le syndicat des radiologues a refusé. **C'est, au sein de la CSMF, un gastro-entérologue et un radiologue qui ont défini quels étaient les besoins de nos patients en médecine générale en termes d'échographie. Donc la CSMF ne nous autorise pas à faire ces formations.**

Echoscopie : formation proposée, mais pas de cotation !

Pour les médecins généralistes, désirant se former, il faut leur conseiller de le faire dans un autre organisme de formation, concurrent d'EVOLUTIS DPC. C'est regrettable, mais c'est ainsi à la CSMF avec des considérations rétrogrades sur les besoins de la médecine générale. Heureusement, il en est tout autrement à l'étranger et dans les autres syndicats de médecins libéraux français (MG France, SML, ...). Heureusement que les cardiologues et les pneumologues ne nous interdisent pas d'utiliser le stéthoscope.

Luc Duquesnel : il est urgent de programmer nos formations. A cause de l'obligation de formation triennale qui se termine fin 2019 le risque est grand que les médecins se ruent sur les formations dès une annonce nationale par l'ANDPC ou autre organisme.

« **Le porte document** » : De nombreux documents sont à regarder et à télécharger : bulletin d'adhésion, formations, négociations sur assistants médicaux, les CPTS....

Les deux négociations qui viennent de s'ouvrir. Actuellement : une séance / semaine de négociation conventionnelle.

Guides CSMF mis à jour :

La CSMF vient d'éditer plusieurs guides dont : le Guide pratique du contentieux ; Exercice collectif en 2019 ; Guide de l'emploi dans les cabinets médicaux et le Guide de la retraite.

Guides réservés aux adhérents et disponibles sur simple demande : csmf@csmf.org

Rapport de l'Expert-Comptable sur les comptes de l'exercice clos le 31-12-2018

En l'absence de l'expert-comptable, le bilan est présenté par le Dr Bertrand DEMORY, trésorier.

Charges 188 206 € - Produit : 167 188€ → **déficit de 21 018 € pour 2018.**

Malgré une diminution des charges par rapport à 2017 (-17 000 €), le déficit persiste dû à la baisse des remontées des cotisations (- 12 000 € par rapport à 2017). Nous avons des loyers impayés à la CSMF.

Nous savons que certains départements font de la rétention de cotisations.

Remerciements à ceux qui ont fait des dons et au département de la Mayenne qui a pris en charge les frais de notre président. Mais ce sont des rustines. Nos dettes à la CSMF restent. Au total, nous reverserons 10 000 euros à la CSMF sur les 20 000 dus.

Les problématiques de la CSMF : chercher des solutions. Diversifier les sources de financements. Par exemple : une cotisation obligatoire, comme pour les URPS, qui servirait à financer les syndicats médicaux qui dépendrait de la représentativité des syndicats, ancienneté.... Le gouvernement semble d'accord.

JD.Gradeler : Quand on fait une formation en région, on ne s'occupe pas de savoir si c'est FORMUNOF ou autre. Mais nous faisons surtout des formations pour les généralistes. Il serait logique de reverser cela aux Généralistes CSMF.

Réponse de Luc : effectivement, les généralistes font la majorité des formations d'EVOLUTIS DPC. Mais les autres spés ont aussi leurs organismes de formations. Certains en conflit avec leur verticalité syndicale, se retournent vers EVOLUTIS et le font travailler. D'autres non. La réponse est difficile.

Les comptes sont approuvés justes et sincères.

Vote pour approbation des comptes : contre : 0 → approuvé à l'unanimité.

On affecte le résultat en report à nouveau : contre : 0 → approuvé à l'unanimité.

Syndicalisation :

En baisse régulière depuis 2005. Les syndiqués n'ont pas bien compris la non signature de la convention de 2016. Certains départements ont perdu leurs cadres à ce moment sans renouvellement.

Les négos actuelles : les jeunes y participent.

Si pas d'appel à cotisations, pas de remontées.

PP Schlegel : nous ne nous sommes pas assez investis vis-à-vis des jeunes. L'ISNAR-IMG et l'ISNI sont apparus pour cette raison.

A.Rabiaza : je comprends ce message mais les internes ont des problèmes propres et différents des nôtres. Que se passe-t-il entre leur départ de l'internat et leur arrivée dans notre vie active ? Le syndicat REAJGIR fait le pont.

M.Combier : même problématique chez les internes et les seniors : les internes de médecine générale se retrouvent plus facilement dans un syndicat monocatégoriel.

Réponse d'A.Rabiaza : pas forcément.

JD Gradeler : quand les internes sont pris par MG France dès le départ, ils y vont.

PM Coquet : dans notre département, j'ai réussi à compenser, un peu, le déficit en contactant les jeunes installés. J'ai travaillé localement.

L.Duquesnel : le prélèvement automatique aide, surtout si 10 mensualités.

Le SMC EHPAD est devenu le **SCMG-CSMF** (circulaire et bulletin d'adhésion sur le porte documents)

PM Coquet (Président) : nous devons trouver des fonds pour faire fonctionner le syndicat. Alors il faut des adhérents. Les adhérents à la CSMF sont de fait adhérent au SCMG-CSMF. Nous avons donc instaurer une cotisation de soutien de 60 €.

Les gériatres demandent de coter VGS+ MD pour un déplacement à domicile.

NB : la CNAM a supprimé le TTE. Faire de la visio en EHPAD, attention on ne peut pas le faire juste avec un téléphone portable en visio simple.

Certains généralistes sont « maltraités » quand ils vont en EHPAD.

Luc Duquesnel : Attention, certains médecins ne font plus de visites, d'autres arrêtent les gardes... D'autres ne vont plus en EHPAD. Si nous arrêtons certains pans de notre activité, d'autres structures s'en empareront. Par exemple, pour les EHPADs, dans certaines régions, les médecins coordonnateurs peuvent devenir prescripteurs. Mais si de trop nombreux patients se retrouvent sans médecin traitant, l'ARS trouvera des solutions qui risquent de nous exclure.

Dany Guerin : dans les zones sans médecin, le problème reste. Quand est-il de la téléconsultation en EHPAD ? Avec ou sans médecin traitant.

Réponse : plusieurs syndicats de méd coordonnateurs, mais seulement un syndicat demande que la visio se fasse en EHPAD sans l'accord du médecin traitant.

Dany Guerin : nous sommes médecins traitants de nos patients qu'ils soient à leur domicile ou en EHPAD.

Luc Duquesnel : certaines entreprises veulent faire de la téléconsultation qui sera remboursée par l'assurance maladie. C'est-à-dire qu'elles veulent prendre notre place. Nous sommes contre.

Michel Combier : actuellement, nos confrères n'ont pas la vision des chantiers en cours et du risque de délaissé certains pans de notre activité.

Pierre Marie Coquet : le but est de coter ce que nous faisons.

Dany Guérin : en veut aux médecins coordonnateurs salariés d'EHPAD qui dictent leur loi aux généralistes.

Compte rendu d'activités 2018 : Julie Caron-Mazet, secrétaire générale (CR dans le porte document)

Moments forts 2018 :

- Notre retour dans la convention le 13 juin avec la signature de l'avenant 6.
- Projet politique 2018-2020.
- Les délits statistiques : Côte d'Armor
- Journées FFMPs à Nantes, mars 2018
- Congrès CMGF à Paris, avril 2018
- Tour de France : déjà plusieurs réunions faites. Congrès de l'associations des médecins de famille allemands (à Bonn) 21 et 22 septembre ; congrès CNGE.

Notre présence sur le WEB et les MEDIAS.

Lettre hebdo de Julie. La lettre est lue. Les impertinences de Julie sont commentées. Merci à tous ceux qui l'aident à la réaliser.

Réseaux sociaux : Facebook, Twitter : penser à partager nos informations.

Merci à tous ceux qui s'impliquent dans le syndicat.

La carte de France : à remplir en vue des élections 2020 : un délégué Les Généralistes-CSMF par département.

Changement de lieu pour les prochaines Université d'été de la CSMF : Antibes Juan Les Pains (du 13 au 15 septembre).

Les grands RDV 2019 (voir dans le porte documents)

22 mars : séminaire prévu pour les Généralistes CSMF sur les assistants médicaux
23 mars : Comité directeur Les Généralistes CSMF
29 et 30 mars : Journées FFMPs à Dijon : **stand** Les Généralistes CSMF
4, 5, 6 avril : Congrès de la Médecine Générale, Paris : **stand** Les Généralistes CSMF
14 juin : Comité directeur Les Généralistes CSMF
13, 14, 15 septembre : Universités d'été de la CSMF à Antibes Juan les Pins
11 octobre : Comité directeur Les Généralistes CSMF
29 novembre : séminaire Les généralistes CSMF : thème à définir
30 novembre : Comité directeur Les Généralistes CSMF

Les médecins libéraux s'invitent au Grand Débat National :

Rapport sur le financement du système de santé, attendu la semaine prochaine : il risque de décoiffer.
Organiser des réunions départementales.

Proposition Modification des statuts :

Article 10 : On ajoute un poste de vice-président : délégué à l'exercice coordonné

Donc la deuxième ligne de l'article 10, sera modifiée de cette manière :

« -de quatre vice-présidents issus de régions différentes, dont un vice-président délégué à l'exercice coordonné »

Remarques :

PM Coquet : il ne faut pas marquer cela, car si l'on marque cela, on fera la différence entre « coordonné » et « non coordonné »

M. Combier : serait content que la ministre oblige les médecins à entrer dans l'exercice coordonné afin qu'ils en prennent le pouvoir.

D. Guérin : d'accord avec PM Coquet car discriminant.

L. Duquesnel : pas contre, la proposition de Michel Combier mais elle est plus restrictive. La proposition de changement des statuts a été mal comprise, car c'est l'avenir et incontournable. De plus ce n'est pas clivant.

Remarques : oui mais dans ce cas on n'a pas besoin d'un vice-président destiné à cela.

Alain Leclerc : oui, l'exercice coordonné est d'actualité. Mais on n'en parlera pas toujours. Il faut une vision plus large.

Pascal Meyvaert : trouver une autre dénomination

Andry Rabiaza : que l'on veuille afficher cela, oui. Mais le mettre dans les statuts : est-ce nécessaire ?

André Nouailles : « nouvelles organisations de soins »

L. Duquesnel : on simplifie cette phrase et on propose : « *de 4 vice-présidents issus de régions différentes* ».

JM Lemette : il faut s'occuper des médecins isolés. Et il faut montrer que l'on peut être isolé en faisant de l'exercice coordonné.

L. Duquesnel : ce titre de vice-président délégué à l'exercice coordonné regroupe 100% des médecins généralistes.

Julie Caron Mazet : donc : 4 vice-présidents

Luc : la proposition de modification article 10 point 2 est donc **de quatre vice-présidents**.

Vote : Contre : 0, abstention : 0 → approuvé à l'unanimité.

Projet politique 2018-2020 « Les Généralistes CSMF » :

Stratégie de communication : Carte de France à compléter avec un délégué par département.
Actuellement, seuls deux syndicats sont écoutés en séance de négos : la CSMF et MG France.
Nous devons diffuser ce que nous recevons.

Octobre 2020 : élections URPS. Actuellement 5 syndicats. En 2020, peut être des nouveaux.

Vu les résultats des dernières élections, nous ne comptons que sur nous. Faire des alliances n'est pas d'actualité.

Rapport moral : Luc Duquesnel, Président (+ porte document)

« En 2013, avec Béatrice Fazilleaud, suite à l'action de Michel Combiere et de son bureau, et il y a 4 ans avec notre nouvelle équipe, un de nos objectifs majeurs a été de redonner ses lettres de noblesse à la médecine générale libérale.

En effet, depuis 30 ans, se sont avant tout les spécialités techniques qui ont été mises en avant grâce à leurs innovations et ceci au détriment des spécialités cliniques dont les niveaux de rémunérations en sont les stigmates.

Ce travail, il a tout d'abord fallu le faire au sein de la CSMF en affirmant les spécificités de notre spécialité médicale et en demandant une consultation de base au même tarif quel que soit la spécialité. Il a fallu le faire aussi auprès du ministère de la santé et de la CNAM pour affirmer le rôle majeur joué par les médecins traitants dans la prise en charge de la santé des français.

La loi de modernisation du système de santé a consacré le rôle du médecin traitant autour duquel s'organisent les soins de premier recours.

La convention médicale de 2016 a fait la part belle à la médecine générale pour commencer à rattraper le retard pris dans le niveau de rémunération de ses médecins.

L'annonce, lors de l'ouverture la semaine dernière de la négociation pour un Accord Conventionnel Interprofessionnel pour les Communautés professionnelles territoriales de santé (l'ACI CPTS), d'un ACI pour les équipes de soins primaires est aussi un fait marquant de la prise en compte des spécificités de notre exercice et de la coordination que nous mettons en place avec les infirmiers, les kinés, les pharmaciens, ...

La concrétisation de ce lobbying des Généralistes-CSMF se retrouve dans notre slogan : Médecin Généraliste, Chef d'orchestre du parcours de santé.

Bien sûr, et contrairement au sentiment que certains ont pu avoir, nous n'avons eu de cesse de rappeler le rôle majeur de la coordination entre le médecin traitant et les médecins du deuxième recours pour garantir un parcours de soin de qualité pour les patients qui le nécessitent. Elle est indispensable mais pas suffisante pour garantir aux patients un parcours de santé de qualité.

Pour autant, l'avenir s'annonce-t-il rayonnant pour les médecins généralistes ?

Non, et ceci à cause d'au moins deux facteurs qui, en se conjuguant, mettent à mal nos prétentions à vouloir être celui autour duquel s'organise le système de santé ambulatoire :

- Tout d'abord notre démographie médicale : 97 012 médecins généralistes en 2007, 87 801 en 2018 et 81 804 en 2025.
- Ensuite nos patients changent. Il y a de plus en plus de patients âgés, poly-pathologiques, dont les prises en charge sont chronophages et nécessitent une coordination de plus en plus étroite avec les professionnels de santé du premier recours et les autres médecins spécialistes, mais aussi avec les secteurs social et médicosocial et les établissements de soins. Pour ces prises en charge, la convention médicale de 2016 a été un véritable échec car nous avons essuyé un refus catégorique de voir revaloriser ces consultations complexes à hauteur de 2G.

Les conséquences ne se sont pas fait attendre :

- 11.8% des français de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant désigné,
- De plus en plus de patients âgés et poly pathologiques ne retrouvent pas de médecin traitant lorsque le leur cesse son activité et n'est pas remplacé,
- De plus en plus de patients, avec ou sans médecin traitant, n'ont une réponse à leur demande de soins non programmés qu'en allant dans un service d'urgence.

Cette situation est devenue inacceptable pour la population et pour les élus. Elle doit le devenir pour nous aussi si ce n'est pas encore le cas. L'accès à un médecin généraliste est devenu un enjeu majeur de la politique de santé de ce gouvernement.

A moins de vouloir abandonner une partie de nos missions, et donc notre rôle de chef d'orchestre des parcours de santé, nous devons apporter des réponses à cet enjeu sans dégrader nos conditions d'exercice et, si possible, en les améliorant.

Ceci nous impose une réorganisation professionnelle où les mots clés doivent être « EXERCICE COORDONNE » :

- Les outils sont multiples : infirmier de pratiques avancées, assistants médicaux, plateforme territoriale d'appui, transferts de tâches, télémédecine, ...
- Aux formats différents : ESP, MSP, CPTS

Ceci impose aussi à ce gouvernement de proposer aux médecins généralistes libéraux un modèle économique qui leur permette de se réorganiser.

Le modèle actuel ne le permet pas. C'est pour cette raison que si le nombre de médecins généralistes libéraux ne cesse de diminuer, celui des médecins généralistes salariés ne cesse d'augmenter. Pourquoi s'installer en libéral lorsque l'on vous propose des postes salariés avec tout l'équipement et un secrétariat, et une rémunération de 8 000 à 9 000€ pour 35h de travail par semaine ? Aujourd'hui se sont les collectivités locales qui suppléent aux insuffisances de l'assurance maladie pour rendre viable les conditions d'exercice de la médecine générale et son modèle économique.

Le montant de la rémunération des consultations complexes et des visites doit être doublé.

Pour autant, nous devons pouvoir explorer de nouveaux types de rémunération que le paiement à l'acte pour certaines pathologies chroniques sans remettre en cause notre exercice libéral et en gardant un paiement à l'acte prépondérant. C'est ce qui se passe dans de nombreux pays étranger et la plupart du temps les médecins généralistes libéraux ne s'en plaignent pas.

Ce programme est dans notre projet politique que nous avons validé l'an dernier lors de notre assemblée générale.

Il a vocation à évoluer pour devenir notre programme pour les prochaines élections aux URPS en 2020. Le changement fait peur.

La transition qui amène à ces nouvelles organisations est pavée d'inconnues qui inquiètent.

Nous devons rassurer les médecins généralistes libéraux face à ces nouvelles perspectives, les accompagner sans en laisser sur le bord du chemin, car je suis persuadé que l'avenir sera meilleur pour ceux qui se mobiliseront collectivement pour une prise en charge de qualité de la population de leur territoire.

Nous devons redevenir le premier syndicat de médecins généralistes français ».

Questions diverses :

Application « Urgence Docteur » Luc Duquesnel : je les ai rencontrés : entreprise qui propose des téléconsultations et aussi de la visite à domicile. Actuellement en Ile de France. Ils ont des médecins généralistes abonnés chez eux. Ces médecins ne sont pas installés. Donc même si c'est présenté pour les patients sans médecin traitant, ils shunteront les médecins traitants.

L'Ordre des Médecins autorise cela.

S. Delabroye : A Niort, 4 médecins ont monté une association pour faire de la garde.

J. Caron-Mazet : nous sommes bridés, mais nous remarquons que de nombreuses entreprises sont possible pour les autres.

JD Gradeler : la nature a horreur du vide. SOS Médecin fait des consultations et peut faire des visites cotées VGS + MU.

A. Leclerc : respecter le parcours de soins, actuellement c'est important. Sinon le patient n'est pas remboursé par la CPAM.

Avec ces plates formes, nous échappent les consultations simples, et il nous reste au cabinet médical uniquement les consultations complexes. Cela nous crée un déficit car pour le même montant (25€) nous faisons des consultations plus longues.

Idem pour le MRT : uniquement pour les patients du médecin traitant, ainsi SOS Médecin ne peut pas prendre cela pour chaque consultation.

Mais le médecin traitant ne reçoit jamais un patient régulé par le SAMU.

Première consultation : quand on reçoit un patient qui n'a plus de médecin traitant et que l'on devient médecin traitant d'un patient cela dure plus longtemps donc il faut avoir une consultation mieux rémunérée : en cours de négo. Devrait sortir en février.

J. Caron Mazet : le consumérisme médical, déresponsabilise les patients.

PM Coquet : les généralistes du Nord ont fait une motion demandant une revalorisation de leur acte... Lue par PM Coquet. Revalorisation de l'acte complexe dans le cadre du parcours de soins. Augmenter les heures de formation à 50h / an. Les actes effectués en ligne ne sont pas valorisés.

Pour les visites à domicile de nos patients très âgés ou grabataires ou polypatho : faire une nouvelle lettre clé : MMD = Majoration de Maintien à Domicile. (Motion CSMF 59 sur le porte document).

Comment organiser le travail en zone très déficitaire en répondant aux demandes d'accès aux soins de tous les patients ? Si l'on espace la « revue » de chaque patient, cela augmente le taux de décès... Car il est impossible d'espacer les visites (ou consultations) des patients ayant des comorbidités... Alors il faut s'organiser, avec IDE par exemple.

L. Duquesnel : Organisé dans sa région pour prendre en charge les patients et a des enveloppes dédiées. Les médecins de sa région sont contents et ne veulent pas changer.

PM Coquet : une visite de 45 min à 35 euros : ce n'est plus possible.

L. Duquesnel : Rappel des négos de 2016. Quand on demande une augmentation d'un euro, la CNAM demande combien cela coutera au total en France et sans dérives. C'est le cas du MRT, il a été très bordé afin d'éviter les dérives et que SOS Médecins voit ainsi toutes ses visites revalorisées automatiquement.

Mais la visite à domicile est trop dévalorisée. Les médecins qui les continuent sont démotivés.

Comment valoriser le médecin traitant qui voit le patient dans sa globalité, fait aussi les dossiers MDPH... par rapport aux médecins qui ne font que des consultations simples ? Actuellement, ces derniers sont bien mieux valorisés que celui qui fait son métier avec déontologie.

Monique Luttenbacher-Rubel : solution à la désertification médicale : valoriser les visites.

Revaloriser l'IK ?

Pierre Bidaut : Attention : ne pas se focaliser sur la visite, car la majorité des actes des médecins traitants c'est de la consultation.

L.Duquesnel : Oui mais que faire avec le patient grabataire qui n'a plus de médecin traitant ? Ne pas oublier de coter ce que l'on fait, cela augmenterait notre revenu de 20%.

J.Caron Mazet : oui coter tout ce que l'on fait, mais il faut revaloriser la visite.

PM Coquet : nouvel acte : VL pour les soins palliatifs / 4 mois, c'est se moquer de nous.

L.Duquesnel : la CNAM est d'accord pour rémunérer les médecins au forfait pour soigner certaines pathologies, le diabétique N I D par exemple, car la CNAM connaît le nombre de diabétique en France et connaît l'enveloppe globale dont elle a besoin. Idem pour toutes les pathologies.

Le modèle du forfait donne une visibilité immédiate à la CNAM.

Le modèle de l'augmentation de la consultation : c'est différent.

Revaloriser la visite du médecin traitant : cela sera possible, car le médecin traitant n'augmentera pas son nombre de visites.

FIN de l'assemblée générale.

Après midi : Comité Directeur : Ordre du jour :

- Pouvoirs à donner,
- Approbation du compte rendu du Comité Directeur du 01/12/2018,
- Composition des membres du Comité Directeur 2019-2022,
- Election du Président et du Bureau National. Conformément aux statuts, toutes les candidatures sont acceptées jusqu'au jour de l'élection.
- Syndicalisation : Etat des lieux des cotisations
- Actualités politiques :
 - Plan « Ma santé 2022 »,
 - Loi de santé 2019,
- Actualités conventionnelles : négociations ACI CPTS + négociations avenant sur les assistants médicaux,
- Questions diverses.

Pouvoirs : donnés

Alerte de la CNAM : Un grand nombre de médecins n'a pas rempli l'intégralité des « marqueurs » pour la ROSP.

Approbation du Compte rendu du comité directeur du 01/12/2018 : approuvé à l'unanimité

Rappel des nouveaux membres du CD Les Généralistes CSMF 2019-2022 : liste sur le porte documents

Quelques nouveaux membres, par contre il n'y a plus de représentant en Auvergne.

Election du Président Les Généralistes-CSMF et du Bureau : Pierre-Paul Schlegel, doyen de l'assemblée, préside cette élection. Cette élection se fait à bulletin secret.

Ensuite pour le bureau, si un ou plusieurs le souhaitent, nous le ferons à bulletin secret. Sinon le vote se fera à main levée.

Luc Duquesnel, Président, doit être coopté comme membre du Comité directeur, pour voter.

Vote : Contre : 0, Abstention : 0, donc Luc coopté à l'unanimité.

Appel des candidats : Luc Duquesnel est le seul candidat à se présenter.

Allocution de Luc Duquesnel

PP Schlegel : les mandats sont donnés

Vote : 29 votants → 29 pour Luc Duquesnel. Luc Duquesnel est réélu Président des Généralistes CSMF à l'unanimité.

Commentaires de Pierre Paul Schlegel, puis de Bertrand Demory : ce vote a une vraie valeur, en ces moments de tension dans la « maison » et vu l'avenir qui nous est réservé.

Luc Duquesnel présente son Bureau : le même que précédemment + Mickaël Riahi, nouveau vice-président.

Secrétaire générale : Julie Caron-Mazet

Secrétaire adjoint : Guillaume Darmaillacq

Trésorier : Bertrand Demory

Trésorier adjoint : Jean Daniel Gradeler

Vice-présidents :

- Patrick Czerwinski
- Monique Luttenbacher-Rubel
- Christian Vedrenne
- Mickael Riahi (VP délégué à l'exercice coordonné)
- Nicolas Sainmont (VP délégué à la Formation)
- Andry Rabiaza (VP délégué aux jeunes)

Vote à main levée : Contre : 0, Abstention : 0, Pour : 29 soit **approuvé à l'unanimité**.

Avant-projet loi de santé :

Dans le titre I, se trouve toute la formation médicale initiale. Avec la suppression du numérus clausus, puis suppression de l'ECN.

Remarques :

M. Riahi : dommage que nous n'ayons pas été interrogés. Avec le concours, tout est anonyme. On retourne à « l'ancien temps », où les candidats à une spécialité étaient connus, ils pouvaient obtenir un poste car ils étaient « fils de ».

L. Duquesnel : les dés sont jetés, pas de retour en arrière possible.

PP Schlegel : la sélection à l'entrée n'est pas supprimée. Pour l'ECN : idem, une sélection persistera.

Recertification des compétences professionnelles.

Révision des CESP (contrat d'engagement de service public) élargi aux médecins hors Union Européenne.

Remarque : à cause de la pénurie de médecins

Extension du statut de médecin adjoint aux zones en difficulté d'accès aux soins.

Remarque : cela marche très bien, c'est un médecin en cours de thèse. Il travaille en même temps que le médecin titulaire, sur la CPS du médecin titulaire, alors cela crée un problème technique. Il est soumis à l'autorisation de l'Ordre des médecins. Le contrat est de trois mois renouvelables.

Fluidifier carrières entre ville et hôpital.

Titre II : mieux structurer l'offre de soins dans les territoires.

Promouvoir les projets territoriaux

Développer une offre hospitalière de proximité

Renforcer la stratégie et la gouvernance médicale au niveau du groupement hospitalier de territoire (GHT).

Titre III : développer l'ambition numérique en santé

Innover en valorisant les données cliniques. Doter chaque usager d'un espace numérique de santé. Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins.

M.Combier : lobbying important d'une profession auprès du gouvernement : Les pharmaciens. Les infirmiers y ont beaucoup à perdre. Actuellement, le pharmacien est le seul qui puisse faire quelque chose alors que quelqu'un d'autre travail pour lui.

D.Guérin : dans son département, les pharmaciens font les streptotests.

L.Duquesnel : l'Ordre des Pharmaciens est très actif. La seule profession où tous se serrent les coudes : les pharmaciens.

LFSS 2019 :

Article 38 : financement forfaitaire de pathologies chroniques, pour les établissements de soins (diabète, insuffisance rénale chronique). *Nous devons nous attendre à ce que cela nous arrive. JP Ortiz et P. Gasser ne sont pas contre. Cela va arriver aux généralistes.*

M.Combier : le forfait à la pathologie sera partagé en plusieurs intervenants. Se poser la question : quand un patient a trois ALD, nous ne touchons qu'un seul ALD. Alors quand un patient a trois pathologies : touchons-nous 3 forfaits ou un seul ?

L.Duquesnel : vision à long terme, il faut un forfait médecin traitant du patient.

Quand on voit ce qui se passe dans les autres pays, cela peut permettre d'améliorer notre rémunération.

M. Combier : Avec la baisse du nombre des médecins, le forfait permet de garder la main et d'organiser les soins. Les pharmaciens acceptent le forfait. Nous devons y réfléchir. Augmenter l'acte de base pour travailler seul n'est pas possible, par contre toucher un forfait pour travailler à plusieurs est possible.

L.Duquesnel : Le premier recours aura une évolution vers le forfait. Le forfait n'est pas du salariat. Si nous avons plus de diabétique, nous touchons plus de forfait.

Le forfait peut être un moyen de répondre aux soucis actuels. Si c'est sur la base du volontariat, il ne faut pas s'y opposer. Sinon d'autres le feront.

Article 39 : Réécriture du dispositif d'expérimentation des innovations organisationnelles.

Elargir le champ de l'article 51 de la LFSS 2018

Possibilité pour le PH d'exercer hors des « murs »

Pharmacien d'officine correspondant : *syndicalement nous sommes contre, mais quelle organisation proposer contre cela ? Car l'ARS attend une réponse constructive.*

Article 40 : améliorer pertinence en établissement

Article 43 : forfait réorientation urgence : propose aux urgences de réorienter les patients ne relevant pas d'eux, vers un médecin de ville.

Article 48 : SISA, IPA

Article 49 : renforcer usage du numérique

Article XX : sur la dématérialisation des arrêts de travail : censuré par le conseil constitutionnel

Article 51 ; élargissement du reste à charge 0

Article 59 : expérimentation antigrippale élargie

Article 62 : Autisme

Article 64 : médecins coordonnateurs en EHPAD qui peut prescrire

Article 66 : moindre remboursement si refus

Article 71 : congé maternité

Article 81 : ONDAM 2.5%

Négociations CPTS : tout se trouve dans le porte document.

CPTS : le but est d'améliorer l'exercice coordonné. Mais les médecins exerçant seuls ne doivent pas être abandonnés.

Les missions socles :

Accès aux soins = accès au médecin traitant – accès aux soins non programmés.

La responsabilité de la CPTS sera de définir les priorités.

L'ARS Île de France a fait un travail important permettant de voir que 49% des passages aux urgences ne relèvent pas des urgences et 29% d'un médecin de ville sans plateau technique.

Remarque de Mickaël RIAHI : oui et l'argent destiné à l'amélioration des indicateurs ne nous est pas destiné.

Missions complémentaires : prévention : promotion des vaccinations. Obésité chez l'enfant....

Système d'information

Modalités de rémunération des CPTS : mission de coordination...

Réponse à M. RIAHI : la mission de la Loi 1901 ne peut pas rémunérer un professionnel de santé. Alors dans le projet de loi de santé, le gouvernement réfléchit à d'autres moyens de rémunération. Aujourd'hui, on fait une SISA.

Avant de créer une CPTS, il faut réfléchir aux besoins du territoire. Créer une CPTS sans mission, c'est de la paperasse en plus.

M. Combier : intérêt de réfléchir au métier de médecin généraliste de demain. Ce qui serait dramatique serait que les GHT en sortent : le territoire sera verrouillé. Si c'est Korian, pas grave car ils sont privés.

Négociations Assistants médicaux (voir porte documents) :

Plusieurs axes de travail :

Conforter l'offre de soins de 1^{er} recours

Renforcer la prévention, l'efficience, la qualité....

Les pistes de réflexions : l'assistant médical servira à faire gagner du temps au médecin afin de lui permettre de consacrer plus de temps au médical, améliorer la qualité des soins, l'accès aux soins. Mais dans certains territoires très déficitaires, des médecins ont déjà plus de 2500 patients « médecin traitant » → comment améliorer l'accès aux soins dans leur secteur ?

Ouvert aux médecins secteur 1 ou secteur 2 adhérent OPTAM ou OPTAM CO.

Quel est le niveau de formation d'un assistant médical ? 733 heures + en fonction des besoins. Et son salaire : mieux qu'une secrétaire ?

Le financement : les lignes ont bougé. Nos lignes rouges doivent être entendues. Il ne doit pas y avoir de dégressivité dans le financement de l'assurance maladie, les médecins isolés ne doivent pas en être exclus.

Indicateurs de la CNAM : diminution du nombre de patients sans médecin traitant.

Fin du comité directeur à 16h30.

Dr Patrick CZERWINSKI
Membre du Bureau