

COMPTE RENDU DU COMITE DIRECTEUR SAMEDI 23 MARS 2019

PRESENTS : Drs Luc DUQUESNEL (Président « Les Généralistes CSMF »), Monique LUTTENBACHER-RUBEL (Alsace), Xavier BUCCHOLTZ (Bourgogne), Sylvaine LE LIBOUX (Centre), Nicolas SAINMONT (Basse Normandie), Patrick CZERWINSKI (Haute Normandie), Stéphane ATTAL (Franche Comté), Rémi UNVOIS (Lorraine), Jean-Marie CONQUET (Limousin), Alain LECLERC (Ile de France), Christian VEDRENNE (Languedoc Roussillon), Vanessa MENAGER (Languedoc Roussillon), Bertrand DEMORY (Nord Pas-de-Calais), Pierre-Marie COQUET (Nord Pas-de-Calais, Président du SMCG-CSMF), René-Claude DACQUIGNY (Pas de Calais), Jean François PERRET (PACA), Michel BACHELET (Pays de Loire), François VERDON (Pays de Loire), Béatrice FAZILLEAUD (Poitou-Charentes), André NOUAILLES (Picardie), Andry RABIAZA (Président CSMF Jeunes Médecins), Dominique RICHTER (Président du SMACMAC), Vincent BOUIC (Evolutis DPC), Laurence NOEL (Assistante de direction).

ABSENTS EXCUSES : Drs Pascal MEYVAERT (Alsace) pouvoir Dr Luttenbacher-Rubel, Pierre-Paul SCHLEGEL (Alsace), Guillaume DARMAILLACQ (Aquitaine), Fouad OU-RABAH (Aquitaine), Dany GUERIN (Aquitaine), Nadia SIMON (Bretagne), Jean-Michel LEMETTRE (Centre), Jean-Christian BASSET (Centre), Pierre BIDAUT (Centre), Antoine GUINOISEAU (Champagne Ardennes), Stéphane DELABROYE (Poitou Charentes), Jean-Baptiste THIBERT (Languedoc Roussillon), François POULAIN (Languedoc Roussillon), Jean-Daniel GRADELER (Lorraine), Michel COMBIER (Midi Pyrénées), Mickael RIAHI (Ile de France), Yannick FREZET (Rhône Alpes), Julie CARON (Rhône Alpes), Hervé GIN (La Réunion).

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 : **CD_23_03_2019**

Cliquez sur « **Comité directeur 23-03-2019** » pour accéder aux documents (icône TELECHARGER à droite).

ORDRE DU JOUR :

1. Pouvoirs à donner,
2. Approbation du compte rendu du Comité Directeur du 26/01/2019,
3. Formation Continue / Conseil d'administration de FORMUNOF
4. Syndicalisation : Etat des lieux des cotisations,
5. Actualité politique : Projet de loi de santé,
6. Actualités conventionnelles : négociations en cours (assistants médicaux, ACI, CPTS), débriefing séminaire du 23/03 sur les assistants médicaux,
7. Actualités syndicales : élections URPS 2020,
8. Projet politique « Les Généralistes CSMF » : stratégie de communication, réunion Bordeaux,
9. Questions diverses (stand Congrès FFMPS, CMGF, ...).

Introduction Dr Luc DUQUESNEL, Président : déroulé de la journée

- Formation
- Syndicalisation : même constat
- SMCG-CSMF : Syndicat des Médecins Coordinateurs en EHPAD
- Projet de loi de santé
- Négociation ACI CPTS : reste 3 séances de négociation pour chaque.
- 18 mai AG exceptionnelle de la CSMF pour voter si l'on signe ACI CPTS et le nouvel avenant prévu pour les assistants médicaux.
- Projection dans l'avenir : pour tous ceux ayant suivi les débats sur la loi de santé, c'est très probablement la dernière fois qu'une Ministre de la Santé est capable de défendre aussi brillamment les médecins.

Tour de table :

SMACMAC : Dominique RICHTER, président, organise des formations pour les médecins agréés « permis de conduire ». Il demande aux présents de contacter les médecins locaux afin de prévoir une formation (dates des prochaines formations dans pochettes et porte documents).

SMCG-CSMF : Pierre Marie Coquet, Président, présente le syndicat des médecins coordonnateurs, qui a changé de nom, qui a de nouveaux statuts (circulaire et bulletin d'adhésion dans pochettes et porte documents).

Pouvoirs donnés : ok

Approbation du Comité directeur du 26/01/2019 : pas de remarque, personne contre, pas d'abstention ; approuvé à l'unanimité

Luc Duquesnel : penser à aller sur le porte document et télécharger les documents.

Partenariat Assurance SCAMED : Nécessité de s'assurer pour les données de santé que nous hébergeons. Même si nous avons un logiciel web hébergé. Si nous constatons des fuites, nécessité de prévenir tous les patients. SCAMED propose aussi une assurance si nous nous déplaçons en trottinette (infos sur le porte documents)

Formation continue / Conseil d'administration de FORMUNOF : Nicolas SAINMONT, Président de FORMUNOF – voir compte rendu séparé.

GRANDS RENDEZ VOUS : Les Généralistes-CSMF seront présents (stand) aux :

- **Journée FFMPS : 29 et 30 mars 2019 qui se tient à Dijon**
- **Congrès Médecine générale CMGF : 4 au 6 avril 2019 à Paris** : Cette année, nous avons inséré dans les 4000 pochettes des congressistes du CMGF un document (réélection Luc Duquesnel, avec présentation du nouveau Bureau et présentation projet politique (coût 1200€ pour l'imprimer (prise en charge CSMF) + 2400€ pour mise sous sacoches (prise en charge syndicat départemental du Dr Duquesnel). C'est un budget important mais nécessaire en vue des prochaines élections URPS.

AGENDA Les Généralistes 2019

Vendredi 14 juin : CD les généralistes

13,14, 15 septembre : Université d'été à Antibes - Juan Les Pins

11 octobre : CD Les Généralistes

29 Novembre : séminaire Les Généralistes CSMF (DPC)

30 novembre : CD Les Généralistes

Syndicalisation : tableau à jour des cotisations remis aux participants

2017 : 1259 adhérents

2018 : 1077

2019 : 146...

L.Duquesnel : Baisse régulière. Ce n'est pas le montant de la cotisation qui fait le nombre d'adhérents. Certains départements ont gardé beaucoup de dépenses et ne remontent rien à cause des frais locaux, d'autres n'envoient plus d'appels à cotisation.

B. Demory : En Haut de France, les appels de cotisations fonctionnent.

Luc Duquesnel : si localement, on fait des appels à cotisations, les faire remonter à Laurence afin de les transférer à d'autres pour qu'ils puissent s'en servir pour faire leur appel.

Nouveaux guides 2019 réalisés par la CSMF

- Guide pratique du contentieux avec les Caisses d'Assurance Maladie
- Guide de l'exercice collectif
- Guide de l'emploi dans les cabinets médicaux
- Guide de la retraite

Elections URPS 2020 :

Le Généraliste, chef d'orchestre du parcours de santé. Bonne stratégie de communication.

Délégués départementaux : **il faut un représentant par département (Carte de France à compléter).**

Prochaines réunions Les Généralistes-CSMF en vue des élections URPS : Bordeaux 23 mai + Ajaccio 28 mai.

SMCG-CSMF : Syndicat des médecins coordonnateurs, EHPAD et autres structures, Généralistes ou Gériatres

PM Coquet, Président : rappel > Bernard ODDOS, ancien Président, avait milité pour que nous intégrions le CNP de gériatrie. Le but est de nous faire exercer la gériatrie (pas uniquement pour les médecins spécialistes en gériatrie). Ce problème existe aussi chez les urgentistes...

Plus nous serons nombreux dans les CNP, mieux nous ferons passer nos messages.

Nous avons tous à soigner des personnes âgées.

Dépistage des apnées du sommeil : à partir de 2020, nous n'aurons plus le droit de prescrire des appareils de PPC. Aurons-nous le droit de faire les dépistages ?

PM Coquet demande aux membres présents d'adhérer au SMCG-CSMF.

Congrès des médecins coordonnateurs à Montpellier : PM Coquet y est invité, il ira.

Le syndicat a publié un avis sur dépendance et grand âge.

L. Duquesnel : en ce qui concerne les médecins généralistes, la gériatrie est un enjeu majeur : le vieillissement des personnes âgées, c'est comme une épidémie. Nous ne devons pas nous en écarter. Le Pr JEANDEL, Président du Conseil National Professionnel de Gériatrie, détient toutes les manettes au niveau politique. Nous voyons de plus en plus d'organismes (assureurs...) qui s'emparent de la gériatrie. La première ligne doit rester le médecin généraliste, et quand on voit tout le programme fait par Harmonie Mutuelle qui veut se positionner comme prestataire de service dans le cadre de l'EHPAD à domicile, c'est-à-dire en assurant toutes les prestations pour les personnes âgées au domicile, on va pouvoir se passer, demain, du médecin généraliste libéral et de l'infirmière libérale.

Le travail de PM Coquet est essentiel. La journée d'un médecin généraliste, c'est aussi la gériatrie (lettre du Dr Coquet détaillant sa journée dans pochette et porte documents).

Projet de loi de santé : (sur le porte document)

Les CME des établissements de santé vont disparaître. Il y aura une CM en GHT.

Nous revendiquons d'être chef d'orchestre du parcours de santé. Mais de plus en plus de patients sont sans médecin traitant, sans possibilité de renouveler leur traitement et obligés de voir un médecin de garde pour cela.

La priorité des Français, sur les réseaux sociaux, c'est devenu l'accès aux soins. Plutôt que de chercher la responsabilité en arrière, nous devons nous projeter et trouver des solutions :

- Mieux s'organiser, MSP, Assistants médicaux
- Télémédecine
- Soins non programmés
- Réévaluer le montant de la visite

Pour demain, dans la perspective des élections aux URML, comment donner nos perspectives d'avenir sans verser dans la sinistrose (= le discours de la FMF).

Nous avons une Ministre qui défend la médecine libérale. Alors nous engage sachant que les médecins les plus âgés (à 3-4 ans de la retraite) ne vont pas suivre. C'est les autres qui se sentiront concernés.

Démographie des généralistes ; chiffres du CNOM = dégradation jusqu'en 2025 (libéraux et salariés) puis ?

Mais les jeunes actuels : intérêt pour le salariat.

On remarque aussi que dans certains endroits : des médecins généralistes installés n'ont aucun patient « médecin traitant » car ils font autre chose.

Si nous ne réagissons pas, des mesures coercitives vont se mettre en place.

Loi de sante : 4 Titres divisés en chapitres (voir porte document) :

La recertification

Médecin adjoint : il n'est pas forcément thésé, il travaille avec nos feuilles de soins en zone en difficulté, mais il faut que tous les Ordre des médecins soient cohérents et ne fassent pas frein.

CESP

CPTS

GHT

La loi veut mettre en place un projet de santé territorial qui soit une synthèse de tous les projets de santé territoriaux : MSP, CPTS, CLS et GHT. Le territoire retenu pour ce projet de santé synthétique sera celui du GHT, c'est-à-dire le plus souvent le département. Si la réflexion sera départementale, nous devons éviter que la gouvernance de ce projet de santé soit aux mains du patron du GHT. Et si demain les financements passent par ce GHT, cela nous posera problème. Notre but est que les financements passent par les Conférences Territoriales de Santé.

Bilan de la séance publique :

Fin du numéris clausus

Inscription dans la loi de l'importance du stage en ambulatoire de l'interne

Adoption du projet territorial partagé

Suppression de la disposition sur les missions des CPTS

Maintien de la dispensation pharmaceutique sous protocole

Pérennisation du pharmacien correspondant

Extension de la compétence de vaccination des pharmaciens et sages-femmes aux enfants.

Renoncement à un droit opposable au médecin traitant : en l'absence d'accord pour être médecin traitant, seul l'assuré situé en zone déficitaire pourra saisir le conciliateur de la caisse afin qu'un MT **disponible** puisse lui être opposé (c'est-à-dire un médecin généraliste volontaire).

Adoption des missions des hôpitaux de proximité : ce qui changera, ce sont tous ces hôpitaux ayant un service d'urgence ou une maternité, et qui les perdront et deviendront hôpitaux de proximité. Ces hôpitaux de proximité deviendront dépendants des GHT.

La révision du zonage sera à refaire tous les 2 ans. PM Coquet : dans les Hauts de France, le zonage adopté est inadmissible.

Internes et médecins retraités volontaires pourront réaliser des certificats de décès. La question : et par télémedecine ?

Inscription dans la loi du principe de responsabilité populationnelle.

Le débat à l'Assemblée Nationale fut commenté par tous les partis politiques, la Ministre de la Santé a été très critiquée, accusée de corporatisme. Ce n'est pas le nombre des députés qui compte, c'est la représentativité de chaque parti. C'est le fonctionnement normal de l'Assemblée Nationale. Les absents étaient d'accord et représentés (ou contre et représentés).

Négociation ACI- CPTS :

S'il n'y avait pas de problème d'accès aux soins, nous n'aurions pas cette négociation. Il en est de même pour l'avenant sur les assistants médicaux.

Si nous refusons de signer, il y aura un règlement arbitral.

Dans certaines régions, des CPTS ont déjà des financements de la part de l'ARS ; mais demain, l'accord devra être tripartite, et si ces CPTS ne remplissent pas les missions socles, elles perdront des financements, puisque seront hors ACI.

Les missions socles :

- Faciliter l'accès à un médecin traitant : notamment en zone sous dense. Avec un taux de patients de patients en ALD à avoir, patients de plus de 70 ans, patients CMU,
- Accès à des plages de soins non programmés : s'organiser pour prendre en charge des patients dans les 24h. Avec des indicateurs dont, la satisfaction des patients.
- Favoriser l'organisation des parcours : le pluripro. Les protocoles.
- Favoriser la prévention.

Et des missions complémentaires :

- Actions en faveur de la qualité, pertinence : créer des groupes qualités (existent déjà chez les médecins), ils pourront devenir pluripro.
- Accompagnement des profs de santé : mise en avant du caractère attractif du secteur...Attirer les nouveaux confrères, les autres profs de santé.

Outils numériques en faveur de l'exercice coordonné.

Financement : en fonction du nombre d'habitants couverts.

Il y a des délais à respecter pour mettre en place les missions socles. Si les délais ne sont pas respectés, les financements s'arrêtent.

A partir du moment où les contraintes des missions socles (essentiellement l'accès aux soins) pèsent avant tout sur les médecins généralistes, le combat des Généralistes-CSMF dans cette négociation est d'obtenir un financement pour l'engagement dans la prise en charge des soins non programmés.

Négos sur les Assistants médicaux :

Le but est d'avoir 4000 assistants médicaux en 2022, mais si l'on y arrive avant, l'Etat financera aussi.

Exercice coordonné : ESP, MSP, CPTS.

Le but de l'Etat est de sanctionner les médecins n'étant pas en exercice coordonné. Nous ne connaissons pas encore lesquelles, mais ce serait peut-être au travers d'un avantage financier pour ceux en exercice coordonné.

L'assistant médical pourra faire :

- Tâches administratives
- Aide à la consultation, biométrie du patient...
- Aide aux actes médico techniques
- Prise de rdv
- Paiement

Voies d'accès : soignant ou non soignant qui aura une formation préalable adaptée. La formation et le salaire seront fixés dans le cadre de la négociation de la convention des cabinets médicaux.

Quels critères d'éligibilité aux financements pour un assistant médical : tous les médecins généralistes, mais aussi certaines autres spécialités où existe une tension dans le territoire, et certaines spés n'y auront pas droit : ophtalmo car a déjà orthoptiste, radio car a déjà une manipulatrice.

Pratique tarifaire des médecins : secteur 1 ou secteur 2 OPTAM.

Les médecins éligibles : uniquement ceux en exercice coordonné (délai de 2 ans).

Si une CPTS existe, le médecin doit y participer... Nous sommes contre.

Selon le gouvernement, principe pour avoir un assistant :

- Les médecins partagent un assistant à 3. Mais compliqué. Nous voulons 1 assistant pour 1 médecin
- Les exceptions :
 - o Médecins en zone sous dense (zonage conventionnel) : si le médecin est seul, il pourra bénéficier d'un demi temps plein d'assistant).
 - o Médecin n'exerçant pas en zone sous dense, mais ayant une très grosse patientèle (à définir).

Les contreparties attendues par la CNAM : avec l'assistant, le but est qu'ensuite le médecin puisse avoir :

- Augmentation de sa patientèle MT : fonction de la taille de départ de la patientèle,
- Augmentation de sa file active (nombre de patients différents vus chaque année).

Au total, cela veut donc dire que ceux qui seront réellement éligibles seront les médecins libéraux exerçant sur des territoires où il existe des problèmes d'accès aux soins et où ils auront donc la possibilité d'atteindre les objectifs définis par l'assurance maladie.

Financement : pérenne et individualisé. Rapport actuel : 1/3

La première année : 36 000 euros /3

Deuxième année : 27 000/3

Troisième année : 21 000 /3...après ?

Le combat des Généralistes-CSMF dans cette négociation est d'obtenir un financement pour une option d'un assistant médical pour un médecin, seule véritable solution d'augmenter le nombre de patients pris en charge sans augmenter son temps de travail et sans « faire de l'abattage » et donc en conservant, voire en améliorant, la qualité des prises en charge.

Assistants médicaux : débriefing du séminaire d'hier

Introduction de Luc Duquesnel (dans la pochette + porte documents).

Les missions de l'assistant médical :

- Administratives
- Liées aux soins
- Très peu de missions médico-techniques

Deux exemples existants déjà, créés en zone en difficulté d'accès aux soins.

Des missions « bonus » : télémédecine...

Financement : ceux existant déjà = par le FIR, coût par assistant = 36 000 euros/an.

But : voir 15 à 20% de patients en plus / médecin.

Les freins : coût ; gestion du salarié, organisation différente du travail.

Exemple allemand : chaque médecin généraliste a au moins 2 assistants, souvent une assistante et une IPA (en Allemagne, il y a plus d'assistants que de médecins généralistes).

Exemple finlandais : plusieurs types de consultation.

Exemple de Maubeuge : la MSP avec locaux faits de manière à ce que l'on fasse un travail en symbiose entre : infirmière – secrétaire – médecin.

Les remarques :

L. Duquesnel : Expérimentation vendéenne utile car les médecins ont défini leurs besoins. D'emblée, ils se sont situés comme chef d'entreprise, ils ont estimé le pourcentage de patient à avoir en plus.

Expérience de Xavier Buchholtz (Nièvre) : il a un cabinet médical où il travaille depuis longtemps. A 12 ans de la retraite : Sa réflexion en regardant les autres spécialistes ayant des facilités pour avoir des postes de salariés. Il a regardé parmi les généralistes : le seul poste possible = en EHPAD, ce n'est pas suffisant pour les généralistes.

En zone déficitaire de 8000 patients, il a créé un deuxième cabinet primaire (en SELARL), salarié. Ça a fonctionné.

Il a vu le fonctionnement d'un confrère en établissement avec 4 IDE. Il a trouvé une IDE autonome, l'a embauché dans son cabinet médical, travail effectué à deux : cela fonctionne très bien, l'IDE salariée a des horaires à respecter. Travailler à deux est plus facile, motivant, augmente la productivité.

Il sait très bien que ce qu'il fait seul avec l'IDE n'est pas transposable au cabinet où il a des associés, car ils ne sont pas intéressés. Mais depuis l'arrêt maladie de son IDE, il doit retravailler seul, c'est très fatigant.

En conclusion, il faut un assistant pour un médecin généraliste. Cela permet de mieux travailler, le nombre de patients vus augmente.

PM Coquet : avoir 1000 ou 1500 patients « médecin traitant » n'est pas le but. On peut bien travailler avec peu de patients et gagner autant que si l'on en a deux fois plus. Simplement, on travaille différemment.

L. Duquesnel : au Québec, quand les médecins généralistes ont eu une nette revalorisation, ils n'ont pas travaillé plus. Au contraire, ils ont travaillé moins, et les patients ont vu les délais de rendez-vous multiplié par 4 auprès de leurs médecins de famille.

Le système allemand : l'enveloppe santé fixe est gérée par le syndicat des médecins et c'est lui qui fait la police.

L. Duquesnel : des négos en cours. Quelles sont les demandes du terrain ? Comment signer une convention sur les CPTS, si nous sommes obligés d'augmenter notre travail, si en même temps il n'y a rien dans la convention médicale revalorisant cela, que ce soit pour les soins non programmés ou programmés. Idem pour la visite en EHPAD.

Faut-il mettre le samedi matin dans la PDSA ?

Les soins non programmés :

Exemple de Bourges : une astreinte est versée pour les actes non programmés vus en plus des patients habituels.

Comment tracer l'acte non programmé pour le différencier des actes programmés ?

Le problème : les départements sans régulation libérale aux horaires d'ouverture des cabinets.

Problème du MRT : majoration de régulation uniquement si le patient est adressé au médecin traitant par le régulateur.

Alain Leclerc : effondrement démographique. Consultations non programmées en continuité des soins, le SAMU ne sait pas où les adresser car les urgences sont pleines, les cabinets médicaux aussi.

Les cabinets médicaux ayant des plages de consultation non programmées à 8h du matin, les ont remplis à 8h30. Alors que définir en non programmé ? Ces plages remplies dès 8h30, ou les demandes restantes non acceptées. Ou les patients venant d'autres médecins traitants n'ayant pas pu les accepter.

Il faut que le médecin prenant MRT ait déjà une patientèle minimum : > 800 patients MT par exemple.

Que faire pour que les pharmaciens ne puissent pas délivrer des médicaments sans ordonnance aux patients ? Réponse : la téléconsultation. Ainsi le pharmacien nous contacte avant et reçoit une ordonnance ensuite.

La problématique est l'organisation territoriale : une traçabilité.

Un médecin généraliste d'astreinte, qui reçoit les patients régulés, il cote une majoration définie à l'avance pour chaque patient vu.

GS + MRT = 40 euros : pas possible en l'état car il n'est pas médecin traitant.

GS + MRT (+ MTS) = 40 euros ? Est-ce possible ? Réflexion en cours au Havre avec la CPAM.

Autre type de majoration ?

Passer le samedi matin en PDSA : tous d'accord.

Remarques :

- **Consultation d'annonce d'un cancer** : si le spécialiste l'a coté avant vous, on ne peut pas le coter. Si on l'a coté en premier, le spécialiste ne peut pas la coter ensuite.
- **Problème des visites en EHPAD** : le premier patient vu, on cote Visite. Ensuite, on cote Consultation. Mais chaque année, on peut coter pour chaque patient : ALQP 006.
- **VL+ MD = 70 euros** : on peut le coter à condition d'être médecin traitant.

Synthèse : Nos demandes :

- Un assistant médecin pour un médecin.
- Le financement prévu ne doit pas être dégressif, il doit être pérenne.

Si ces demandes ne sont pas acceptées : négocier pour avoir le maximum.

CPTS : des demandes ? Mieux prendre en compte l'investissement des médecins généralistes dans le soin non programmé en finançant les organisations mises en place.

Fin à 16h30.

Dr Patrick CZERWINSKI
Membre du Bureau