

## COMPTE RENDU DU COMITE DIRECTEUR VENDREDI 14 JUIN 2019

**PRESENTS** : Drs Luc DUQUESNEL (Président « Les Généralistes CSMF »), Monique LUTTENBACHER-RUBEL (Alsace), Pascal MEYVAERT (Alsace), Guillaume DARMAILLACQ (Aquitaine), Sylvaine LE LIBOUX (Centre), Nicolas SAINMONT (Basse Normandie), Patrick CZERWINSKI (Haute Normandie), Stéphane ATTAL (Franche Comté), Rémi UNVOIS (Lorraine), Mickael RIAHI (Ile de France), Alain LECLERC (Ile de France), Christian VEDRENNE (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), Julie CARON (Rhône Alpes), Yohann DUCHENE (Picardie), Hervé GIN (La Réunion), Andry RABIAZA (Président CSMF Jeunes Médecins), Dominique RICHTER (Président du SMACMAC), Laurence NOEL (Assistante de direction).

**ABSENTS EXCUSES** : Drs Fouad OU-RABAH (Aquitaine) pouvoir Dr Darmaillacq, Dany GUERIN (Aquitaine) pouvoir Dr Darmaillacq, Jean-Bernard PERREIN (Aquitaine), Pierre Paul SCHLEGEL (Alsace), Dominique CHAPUIS (Bourgogne), Frédéric MAS (Bretagne) pouvoir Dr Duquesnel, Nadia SIMON (Bretagne), Jean-Michel LEMETTRE (Centre) pouvoir Dr Le Liboux, Jean-Christian BASSET (Centre) pouvoir Dr Le Liboux, Pierre BIDAUT (Centre), Antoine GUINOISEAU (Champagne Ardennes), Jean-Marie CONQUET (Limousin) pouvoir Dr Darmaillacq, André NOUAILLES (Picardie) pouvoir Dr Duquesnel, Sophie FOURNIER (Pays de Loire), Béatrice FAZILLEAUD (Poitou-Charentes), Stéphane DELABROYE (Poitou Charentes), Vanessa MÉNAGER (Languedoc Roussillon) pouvoir Dr Vedrenne, Jean-Daniel GRADELER (Lorraine) pouvoir Dr Demory, Dr Sophie SIEGRIST (Lorraine) pouvoir Dr Unvois, Michel COMBIER (Midi Pyrénées), Yannick FREZET (Rhône Alpes), Bernard ORTOLAN (Evolutis DPC), Vincent BOUIC (Evolutis DPC).

**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>

Dans le menu : **Espace membres > Porte documents 2019**

NOM UTILISATEUR : **lesgeneralistes-csmf**

MOT DE PASSE : **CD14Juin2019**

Cliquez sur « **Comité directeur 14 juin 2019** » pour accéder à l'ensemble des documents

Vous accédez à divers documents que vous pouvez télécharger (icône TELECHARGER à droite).

### ORDRE DU JOUR :

1. Pouvoirs à donner,
2. Approbation du compte rendu du Comité Directeur du 23/03/2019,
3. Syndicalisation : Etat des lieux des cotisations,
4. Actualités du syndicat des médecins coordonnateurs SMCG-CSMF,
5. Stratégie syndicat CSMF Jeunes Médecins,
6. Actualité politique :
  - Projet de loi de santé,
  - Réforme des retraites,
7. Actualités conventionnelles :
  - Bilan observatoire de la ROSP
  - Analyse et votes sur le texte ACI-CPTS et l'Avenant 7 sur les assistants médicaux,
  - Organisation de réunions en régions sur ACI-CPTS et assistants médicaux,
8. URPS 2020 : Stratégie de communication en vue des élections
9. Présentation Projet politique « Les Généralistes CSMF » : stratégie de communication, compte rendu réunions Bordeaux et Ajaccio,
10. Questions diverses.

**Introduction** : Luc Duquesnel, Président : Présentation de la journée. Demain l'AGE de la CSMF le matin puis Conseil Confédéral l'après-midi.

Remerciements à Andry RABIAZA pour son manifeste CSMF Jeunes Médecins, à Pierre-Marie COQUET, pour son investissement en tant que président du SMCG-CSMF, et à Mickael RIAHI pour son travail sur la ROSP et son analyse que la presse a repris et s'est appropriée.

**Tour de table + Nouvelle arrivée au comité directeur** : Yohann DUCHENE, jeune médecin installé dans l'Aisne qui succèdera progressivement à André NOUAILLES pour la région PICARDIE.

**Pouvoirs à donner** : fait

**Approbation du CR du CD Les Généralistes CSMF du 23 mars 2019** : Contre : 0, Abstention : 0, donc approuvé à l'unanimité.

Nous vous rappelons que vous pouvez consulter et télécharger de nombreux documents sur le « porte documents » (code dans nos pochettes + ci-dessus).

### **Etat des lieux des cotisations** :

Déficit. Les départements faisant de la rétention de cotisations sont connus, mais c'est aussi par manque de cotisation.

Vous pouvez également faire faire votre appel de cotisations par le national. Demander à Stéphane Landais, secrétaire général de la CSMF. Puis chacun adapte à son département ou sa région, et SOPROMED fait l'envoi.

Guillaume Darmaillacq : les effectifs se raréfient, l'appel par le national devient incontournable.

Luc Duquesnel : le problème actuel est que quelques régions sont bien organisées et trouvent dommage de perdre la main sachant que le national ne fera pas mieux et que les médecins impliqués de ces régions risquent de moins s'impliquer.

**Discussion** : Volonté exprimée d'une organisation d'appels de cotisations, de façon automatique par le national. Pour l'instant, prendre le relai des départements n'est pas possible car des oppositions existent.

Afin de faire des appels de cotisation national systématiques, il faut changer les statuts nationaux. Un vote aura lieu en septembre.

### **Nos partenaires** :

- **SCAMED** : nouveau contrat avec reste à charge 0 pour optique et dentaire (voir informations dans pochettes et sur porte documents).
- **IDS Media** : Jean Daniel Gradeler, membre du Bureau, est à l'origine de ce partenariat. Ecrans connectés : c'est une proposition clé en mains avec maintenance comprise d'écrans dans les salles d'attente, avec affichage dynamique pour informer les patients sur la santé et pouvant inclure des messages du médecin. **Proposition de 25% de réduction pour les adhérents CSMF** (infos dans pochettes et porte documents). IDS Média peut aussi aller dans les DOM TOM.

Discussion : il existe des médecins anti écran.

L.Duquesnel : on ne peut pas d'une part ne pas remonter de cotisations et d'autre part critiquer les solutions de partenariat cherchées par le syndicat.

R.Unvois : il faut être solidaire. Les écrans sont appréciés des patients. Il faut gérer le contenu. Les nouvelles affichées doivent être régulièrement renouvelées. IDS Media est très ouvert, efficace.

### **Stratégie syndicat CSMF Jeunes Médecins** : présentation d'Andry RABIAZA, Président

**Projet et manifeste 2019** : De nombreux jeunes médecins veulent faire du libéral (75%) ; en réalité beaucoup moins s'inscrivent à l'Ordre (15%) ; Raisons : peur de rater l'installation en libéral. Pourtant, vu le contexte de raréfaction, aucune crainte à avoir.

Améliorations à apporter : protection sociale des libéraux.

Les libertés à défendre :

- Liberté de choix du médecin, respect du secret professionnel, liberté de prescription
- Mais aussi : liberté d'installation, garder une liberté tarifaire dans le cadre conventionnel

Il faut aussi favoriser les projets d'entreprise sans avoir de cadre rigide.

Améliorer la protection sociale en l'adaptant à chacun.

Développer la médecine moderne : DMP, rendre les systèmes interopérables.

Diffuser le manifeste auprès des jeunes médecins. Faire lire, le faire vivre (intégralité du manifeste disponible sur le « porte documents »).

L. Duquesnel : Remerciements pour ce travail qui nécessite de prendre de la hauteur. Bravo.

Attention à Doctolib : cela pose un problème surtout depuis qu'un fond de pension étranger vient d'y investir. Ils ont un carnet d'adresses important, ils ont créé une téléconsultation.

Doctolib rend de nombreux services. Mais politiquement l'avenir n'est pas clair au sujet de Doctolib.

**Discussion** : important de le faire signer par les jeunes.

M. Riahi : les internes ne s'impliquent pas, mais ensuite ils vont vers les syndicats avec lesquels ils avaient déjà des liens.

L. Duquesnel : lors des négos de 2016, les syndicats de jeunes furent invités. C'est par le travail que l'on devient incontournable.

Y. Duchène : garder un discours de qualité, communiquer sur les jeunes médecins, le mot « jeune » à une résonance. Avoir un discours « jeune médecin » est porteur. Se sent seul dans son secteur. Ses pairs sont pessimistes. Manifeste Jeunes Médecins = très beau projet, ça me rassure.

PM Coquet : vient de perdre un jeune médecin dans son secteur (suicide). Il se renseigne pour savoir quelle(s) raison(s). CPAM en cause ? Autre problème ? Il faut lutter contre l'isolement.

### **SMCG-CSMF : syndicat des médecins coordonnateurs** : Dr Pierre Marie COQUET, Président

Le gestionnaire de MSP, c'est un vrai statut. Il a une employée qui débute un burn-out à cause de la surcharge de travail.

On doit garder du temps pour la vie de famille, notamment pour les plus jeunes.

Le médecin coordonnateur d'EHPAD ne doit pas être prescripteur.

Début janvier : un décret a été publié précisant : soit gériatre, soit généraliste. Il faut choisir. Le SMCG-CSMF y réfléchit et tiendra bon. Les médecins co doivent rester maîtres de leur recertification. Ils peuvent aussi être généralistes.

Attention : chez MG France existe une formation DPC pour être médecin coordonnateur.

PM Coquet : à terme, la formation de Méd Co sera uniquement universitaire.

ALQP006= 69,12 € à utiliser pour réévaluer les déficits cognitifs de la personne âgée.

### **Discussion :**

L.Duquesnel : attention au discours de certains médecins généralistes qui refusent d'aller en EHPAD, de faire des visites chez leurs patients... Cela force l'Etat à chercher d'autres solutions : faire prescrire les médecins coordinateurs d'EHPAD... Faire faire certains actes de médecine générale par d'autres professionnels de santé...

S. Le Liboux : a une grosse patientèle, finit à 18h. On peut travailler bien et beaucoup mais en finissant tôt.

G.Darmaillacq : il y a 30 ans, on adaptait sa vie familiale à son travail. Aujourd'hui, on adapte le projet professionnel à sa vie de famille.

J. Caron : d'accord avec ce qui se dit. Avec plus de 1400 patients « médecin traitant », je fais des visites, des fins de vie et j'ai aussi le temps de m'occuper de ma famille.

M.Luttenbacher-Rubel : nous sommes des libéraux, libres de nous organiser comme nous voulons. Alors aussi libres de nos horaires. Il ne faut pas rester isolé.

Aujourd'hui : un médecin voulant partir à la retraite doit la préparer : prendre un collaborateur quelques années, puis un autre (donc 2), puis départ en retraite.

F.Verdon : il faut rester heureux dans son travail.

PM Coquet : l'adjoint de médecine générale fait par la CSMF.

L.Duquesnel : d'abord utiliser l'adjoint, puis le collaborateur. Ce sont des solutions intéressantes.

### **Actualités politiques :**

#### **- Projet de loi de santé sera débattu au Sénat ce week-end :**

- La suppression du numérus clausus a été actée.
- Les internes dans les déserts : adopté par les sénateurs malgré l'avis défavorable du gouvernement (la dernière année d'étude pour certains internes de spé se fera en autonomie dans les désert médicaux).
- Liberté d'installation : plusieurs amendements déposés à nouveau dont un qui proposait que les derniers de l'internat aillent directement en zone sous dotée (quelle image auront les patients des médecins si cela est voté !!!)
- CESP : intéressant pour les internes ayant besoin de se faire financer les études.
- Les maires pourront saisir le conseil de l'Ordre pour demander des médecins adjoints.
- Télémedecine dans les hôpitaux de proximité : le risque = accès aux spécialistes de 2<sup>ème</sup> recours se fera par ce biais en public
- Télétransmission des arrêt maladie
- IVG : reste à 12SA.

#### **- Ensuite Commission Paritaire Assemblée nationale / Sénat et, en l'absence d'accord, repassera chez les Députés (juillet)**

#### **- Retraite : la retraite universelle (RU), l'enjeu : concerne ceux nés à partir de 1963. Elle sera obligatoire par répartition. Pour les médecins libéraux, notre montant de cotisation sera inférieur à notre cotisation actuelle et notre retraite aussi. Nous devons conserver les avantages de l'ASV. Alors que faire ?**

- Conseiller de faire du Madelin ? Prendre une assurance supplémentaire individuelle ?
- Ou une solution collective : la différence de cotisation serait à verser ailleurs.

Actuellement, d'autres régimes de retraite sont déficitaires : que deviendront les réserves de la CARMF (7 milliards d'euros) ?

## **Actualités conventionnelles :**

**La ROSP : présentation de Mickaël Riahi** (représentant CSMF au GT à la CNAMTS) (sur le porte documents) : globalement, un meilleur cru qu'en 2018. Donc pas de déclenchement de la clause de sauvegarde. Le bénéfice par médecin n'est pas flagrant.

Futurs items ROSP :

- Diminution de la prescription conjointe de VS/CRP : cet item est consensuel parmi les syndicats.
- Baisser la prescription de Ferritine : non
- Prescrire avant tt inhalés séparés puis les associations de tt asthme : non
- Baisse de prescription des AINS chez les patients âgés : possible : discussion c'est plus en rapport avec fonction rénale qu'avec l'âge. Mais globalement chez les plus de 70 ans, il vaut mieux éviter de prescrire AINS.

Bilan Observatoire de la ROSP réalisé en mai 2019 (pochette et porte documents)

- Satisfaits : non
- Aide-t-elle à changer sa pratique ? : 25% oui

Quel discours avoir : honnête est le mieux. Mais en période difficile, face aux discours populistes, que faire ?

La ROSP nous fait réfléchir à notre pratique. Effet d'aubaine : la ROSP augmente avec le nombre de patients. Les médecins veulent plutôt une obligation de moyens que de résultats. Aspect éthique du changement de prescription ?

Nous avons ouvert le débat : la CSMF est capable de réfléchir sur cette ROSP. Structurer nos données puis ouvrir un forfait DMP.

Continuer ainsi pour être un laboratoire d'idées afin d'augmenter la rémunération des généralistes.

### **Discussion :**

B.Demory : que faire avec les médecins partant à la retraite au 30 juin ? Leur ROSP est calculée sur le nombre de patients au 31 décembre → cela entraîne une fonte de leur ROSP et un double bénéfice pour l'assurance maladie. Réponse de la CNAM : discussion à avoir en CPL. Nous devons soutenir ces médecins.

Election du conseil de l'Ordre du Nord : après envoi du courrier du syndicat aux confrères du Nord, c'est son courrier qui a été suivi. Les CSMF ont été élus.

Dans le Nord : opposition à ce qui est forfait ; mais les médecins encaissent quand même et quand il y a un retard de la CPAM, les médecins appellent. Actuellement : 2% des médecins la refuse (en baisse). Les autres spécialités médicales la réclament. Prochaines spés à l'avoir : les endocrinos.

L.Duquesnel : la ROSP ; l'indicateur idéal n'existe pas.

Ce qui sera expérimenté ensuite :

- Forfaits à la pathologie (exemple des néphrologues)
- Mais aussi rémunération à la performance pour les équipes.

Certains disent que tout irait mieux si l'acte de base était à 50€. Mais les exemples à l'étranger prouvent le contraire (Québec) ; l'augmentation de rémunération des médecins généralistes a entraîné des files d'attente des patients, et la réaction du gouvernement a ensuite été radicale : Québec avec apparition des infirmières en autonomie totale pour prendre en charge certaines pathologies et ainsi réduire l'accès à des soins de premier recours (Elles ne dépendent plus des médecins).

Au Danemark, on ne peut rentrer aux urgences que si arrivée en ambulance, cela règle le problème de surcharge des urgences.

### **CPN du 22 mai 2019 :**

Au 30 avril 2019 : 775 structures avaient signé un contrat ACI. Soit 35 % de MSP en plus comparé à 2017.

Les nouvelles MSP ont tendance à être moins grosses. Moyenne = 4.8 méd gé/MSP. Patientèle moyenne/MSP : 4383. La file active 6592 patients.

Actuellement, 3.2 millions de patients « médecin traitant » suivis en MSP.

93% des MSP ont réalisé au moins 1 protocole. N.B : L'ACI valide jusqu'à 8 protocoles /MSP (si l'on fait plus de protocoles, ils ne seront pas rémunérés).

89% des MSP ont réalisé au moins 6 réunions de concertation / an.

Si l'on a suivi la pente de patientèle, les médecins en MSP ont une patientèle plus importante. Le nombre d'actes n'augmente pas, mais patientèle et les forfaits augmentent.

Le fait de travailler collectivement : la ROSP augmente liée à la taille de la patientèle et à l'augmentation de qualité des indicateurs.

En résumé : les revenus des médecins en SISA augmentent (+3% par rapport aux autres médecins généralistes) malgré la non augmentation du nombre des actes.

**Annonce de Julie CARON** : Un confrère de Guyane souhaite revenir en Métropole : .... Les départements énumérés dont la Seine Maritime. La liste sera envoyée aux membres présents du CD. Nos réponses en copie.

### **Projet politique « Les Généralistes CSMF » : stratégie de communication + campagne URPS 2020**

Après les réunions organisées à Bordeaux et Ajaccio, nous vous donnerons un calendrier avec des dates à remplir : une réunion / département en vue de la campagne URPS 2020.

Nous organiserons également le **vendredi 13 septembre 2019 à 19h**, dans le cadre des Universités d'été de la CSMF à Antibes, une réunion avec les représentants régionaux et départementaux *Les Généralistes CSMF*, en présence d'Olivier Colin, communicant CSMF. **Merci de confirmer votre présence à Laurence.**

### **Actualités Conventionnelles** : (négociations actuelles) : voir porte documents

**ACI CPTS** : si aucun syndicat médical ne signe, la CNAM ne s'engagera pas sur cet avenant.

Les deux textes (ACI CPTS et Avenant 7) concernent avant tout les généralistes, il est important et nécessaire que *Les Généralistes CSMF* se positionnent vis-à-vis de ces deux textes.

Qu'est-ce que ne sont pas ces textes : le but n'est pas d'améliorer la rémunération ou les conditions d'exercice des médecins. La seule condition : **améliorer l'accès aux soins**. La problématique : 7,5 millions de Français sans médecin traitant (2.5 millions n'en veulent pas mais les autres cherchent et ne trouvent pas).

A partir de novembre 2018, avec les manifs des gilets jaunes puis le grand débat, la préoccupation majeure fut l'accès aux soins.

La conséquence a été parmi les parlementaires ; leur discours est : puisque l'incitation ne fonctionne pas, il faut obliger les médecins à s'installer en zone déficitaire et de plus chercher d'autres solutions avec les pharmaciens (ils sont volontaires), les infirmières....

La problématique des urgences : les syndicats d'urgentistes ont mis en évidence que les retards de prise en charge des patients sont dus au manque de lits. Ils veulent plus de moyens, plus de places dans les services...

Les parlementaires sont en train de démanteler le métier du médecin généraliste. Ils ne vont pas démanteler les autres spécialités médicales pour améliorer l'accès aux soins.

Le climat politique actuel et les conséquences des votes des syndicats auront de l'importance ; il faut donc réfléchir avec sa tête et pas avec ses pieds.

MG France, réuni il y a quelques jours, a décidé de signer si d'autres syndicats médicaux signent.

SML devrait signer.

FMF et Bloc : plutôt contre.

**Avenant 7 sur les Assistants médicaux** : en résumé, il y a une aide à l'embauche par l'assurance maladie, et l'assistant aidera à la prise en charge des patients. Tous les généralistes sont concernés mais la CNAM n'a pas le budget pour tous les généralistes.

Ce qu'ont retenus les médecins : assistant médical à condition **d'accélérer** la prise en charge des patients.

D'autre part, certains généralistes ont déjà des assistants médicaux (sans aide de la CNAM) : ils sont très satisfaits et ne veulent pas retourner en arrière.

Le texte de l'avenant fait 48 pages, il est complexe.

François Verdon : ce qui biaise le discours c'est que les médecins pensent qu'il faudra travailler plus et que l'aide n'est pas pérenne.

Le texte : un nouveau métier, le contenu de la formation, le contenu de leur activité, contenu de la grille salariale.

Les missions :

- Tâches administratives : accueil du patient, gestion du dossier médical, enregistrement des infos administratives
- Aide à l'habillage, déshabillage,
- Vérifier vaccins, dépistages (hemocult...)
- Prise des constantes : poids, taille, TA...
- Délivrance des tests...
- Réalisation d'actes techniques : ECG, spirométrie
- Organisation avec les différents acteurs (prise de rdv...)
- Mise en place télémédecine, accompagnement...

La problématique : ce ne sont pas des secrétaires.

Profil :

- Une double voie d'accès : Soignant ou administrative : un double profil.
- Nécessité d'avoir une qualification professionnelle, donc formée.

### **Critères d'éligibilité :**

- Les médecins concernés : généralistes, MEP si médecin traitant, et 16 spécialités définies.
- Sur 30% des départements : 11 spécialités supplémentaires
- Contrat de 5 ans renouvelable
- Pour les généralistes : avoir plus de 640 patients médecin traitant ou avoir une file active de plus de 1223 patients.
- Pratique tarifaire : conventionné secteur 1 ou OPTAM ou OPTAM CO
- Exercice coordonné : MSP, ESP, ESS (équipe de soins spécialisée), CPTS, ou toute autre forme d'organisation pluripro
- Exercice regroupé : au moins deux médecins en groupe. Être médecin traitant d'un minimum de patients.
- Les dérogations aux critères : nouveaux installés, médecin généraliste ayant beaucoup d'enfants médecin traitant (<16 ans), médecins reconnus travailleurs handicapés, dérogation au principe de regroupement : pour les médecins en zone sous dense mais ayant un niveau de patientèle MT au 30ème percentile ou du seuil minimal de file active de patients déterminé par spécialité.
- Pour les médecins non regroupés : mais travaillant dans une logique de coordination...

**Contrepartie :** Augmentation de la patientèle MT ou augmentation de la file active des patients.

**Deux options en termes d'organisation offerte aux médecins :** 1/3 ETP ou 1/2 ETP

Options spécifiques en zone sous dense : possibilité d'1ETP/ 1 médecin.

### **Modalité de calcul :**

- Deux premières années : 100% de l'aide puis cela dépend des objectifs atteints.
- Donc au-delà de deux ans il y aura des ajustements en fonction de l'objectif, mais tiendront compte des facteurs de non atteinte de résultats. C'est-à-dire que l'aide persiste tant que le médecin garde l'assistant (e).

**Versement de l'aide : dans le forfait structure.** NB : ne sera pas de fait imposable car ce qui sera versé sera reversé en salaire. **Il s'agit d'une aide à l'embauche.** Exemples (diaporama).

Les exemples montrent que le médecin n'aura pas plus de travail quotidien ou hebdomadaire, il aura un gain de temps par le travail administratif absorbé par l'assistant, la préparation de l'examen...il verra quelques patients en plus chaque jour, ne finira pas plus tard, mais il aura une aide annuelle pour l'embauche et il gagnera plus d'argent chaque année par le nombre d'actes effectués en plus.

**Les médecins qui ont un assistant en 1ETP augmentent nettement et facilement leur patientèle. La qualité du travail augmente. La conséquence : la ROSP aussi augmente.**

### **Autres dispositions de l'avenant 7 :**

- A partir de 2022, il faut participer à une démarche de soins coordonnés, car devient un pré requis au paiement du forfait structure.
- 2<sup>ème</sup> volet : 2020 sera créé un 8<sup>ème</sup> volet = participation à la prise en charge des soins non coordonnés = 150 points = 1050 euros
- Commission conventionnelle : prévoit la carence de désignation (CPL, CPR)
- CAIM : n'est pas considéré comme une première installation
- Accès secteur 2 : élargi lorsque post internat fait entre plusieurs établissements publics et ESPIC.
- EHPAD : facturation MD dans la limite de 3 majorations, au cours d'un même déplacement.
- Téléexpertise : suppression de la connaissance du patient par le médecin requis.

### **Points négatifs de l'avenant 7 :**

- texte complexe,
- pas de revalorisation de l'acte,
- les objectifs d'augmentation peuvent sembler trop élevés selon les tranches.
- Obligation de regroupement des médecins.
- Nécessité de coordination.

### **Points positifs de l'avenant 7 :**

- Renforcement de l'aide pour le médecin.
- Aide à l'embauche = ouverture vers l'entreprise libérale.
- Sommes en jeu importantes.
- Compensations en activité semblent élevées mais organisation libre.
- Ouverture du modèle « Un AM pour un médecin » cible de la CSMF.
- Pour toutes les spé méd : Aide devenue pérenne (et non trois ans comme prévu initialement)
- Aide à l'embauche = volontaire et facultatif. Les deux premières années sont acquises.
- Mesures complémentaires favorables : MG en EHPAD. MSP (stomato, radio, anesthésiste) = respect de la convention de 2016, début de la reconnaissance du SNP pour tous.

### **Tableau : Médecins généralistes :**

**Patients « médecin traitant »** Moyenne = 889,927 (défini au 31 décembre chaque année)

P30= 640 veut dire : 70% des généralistes ont 640 patients « médecin traitant »

P50= 872. P70= 1107. P90= 1502. P95= 1721

P 30 est le minimum pour être éligible au dispositif assistant médical.

**File active** : Moyenne : 1620

P30= 1223. P50= 1521. P70= 1854. P90= 2476. P95= 2944

Question : Si j'ai un salarié mi-temps, puis-je compléter son temps de travail par un poste d'assistant ? **oui**

### **ACI CPTS :**

#### **Niveau territorial en lien avec le médico-social et établissements sanitaires**

#### **Signature tripartite**

#### **Missions socles**

- Améliorer l'accès aux soins : moins de patient sans Médecin Traitant (MT), prise en charge de plus de patient MT ; améliorer la prise en charge des soins non programmés (SNP) ; accès à la télémédecine
- organisation de parcours pluri-pro autour du patient : diminuer les ré-hospitalisations, addictions, renoncement aux soins,
- Favoriser les missions de prévention (la grippe...., payer des écrans avec IDS Média...) choix au niveau d'un territoire.

#### **Les missions complémentaires :**

- Actions en faveur de la qualité de la pertinence des soins.
- Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur un territoire.

Calendrier de déploiement (voir porte document) :

Missions socles : démarrer au bout de 6 mois et opérationnel en 18 mois...

Plusieurs tailles de CPTS, le montant des versements à la création dépend de la taille des CPTS :

Taille 1 : < 40 000 hab                      Montant aide : 50 000

Taille 2 : 40 000 à 80 000                      60 000

Taille 3 : 80 000 à 175 000 hab                      75 000

Taille 4 : > 175 000 hab                      90 000

Détail des aides (diaporama)

### Points négatifs :

CPTS c'est quoi ? Quelle place pour les autres spés ?

Mise en place : chronophage et complexe

Financement insuffisant sur les soins non programmés, mais avancée sur la régulation non médicale.

Financement global de la structure (quel financement pour le temps passé en réunion pour les médecins ? A partager avec les autres PS ?)

Ressenti des médecins : demande de valorisation de l'acte, pas de sentiment d'appartenir à un territoire, débordés et font déjà des efforts.

Crainte de dérive ADMIN, bureaucratique

Crainte de perte d'indépendance, de main mise de l'Etat sur l'organisation libérale.

Quelle gouvernance des CPTS ? OK si aux mains des libéraux, mais alors sans les hôpitaux !

### Points positifs :

Financement significatif pour chaque CPTS

Relative latitude donnée aux acteurs de terrain

Voie de contractualisation pour les Equipes de Soins Primaires mais aussi les Equipes de Soins Spécialisés

Financement en sus du financement FIR (avenir ?)

Reconnaissance des efforts locaux déjà faits

Contrat facultatif

Marge de négo locale avec ARS en particulier sur actions, indicateurs...

Possible mutualisation des outils pour remplir missions : SNP... recherche MT, outils coordination

Majeure partie du financement fléché vers les médecins

Un des moyens de développer l'exercice coordonné, d'accompagner l'évolution du métier.

### Discussion :

CPTS, les financements sont surtout destinés aux médecins.

Les deux textes sont liés. Le but est de résoudre les problèmes d'accès aux soins. Nous devons répondre et nous en emparer.

M. Riahi : important, mais demande du temps pour la mise en place.

**L. Duquesnel : actuellement, les CPTS sont financées sur le FIR**

Le FIR est limité et sert à tout ; quand l'avenant sera signé → l'ARS pourra si besoin compléter les financements de l'ACI CPTS.

J. Caron : ok pour les textes.

PM Coquet : votera contre la signature de l'avenant car une partie de ses membres de Bureau de la CSMF 59 est contre. Dans son secteur, certains représentants de médecins sont dirigés par d'autres partis opposés à Macron.

Problème des locaux inadaptés.

Les généralistes du Nord voteront contre

B. Demory : dans le Nord, le vote fut 50% pour, 50% contre et une abstention : on verra demain à l'AGE de la CSMF.

L. Duquesnel : effort pédagogique à faire, tout expliquer.

PM Coquet : mais le premier reproche fut : « le préalable aurait dû être une augmentation de l'acte ».

Ils n'ont rien compris : ce n'était pas le but de ces deux textes.

G. Darmaillacq : lecture texte Dany Guérin, CSMF 33 : les autres spés plutôt pour, normal car ils sont chefs d'entreprise. Cela a fait basculer le vote à 52% pour. Ces deux textes sont une réponse collective à la baisse des généralistes afin d'augmenter l'accès aux soins. Sachant que la baisse des généralistes n'est pas de notre fait.

**Vote** : ce sont les membres du comité directeur qui votent, configuration anciennes régions.

**Avenant 7 :**

Contre : 1,

Abstention : 0

Pour : Tous les autres.

**Résultat : CD Les Généralistes CSMF pour l'avenant 7 à la majorité absolue.**

**ACI CPTS :**

Contre : 1,

Abst : 1

Pour : Tous les autres

**Résultat : pour l'ACI CPTS à la majorité absolue.**

**Au total « Les Généralistes CSMF » sont pour les deux textes.**

M. Riahi : ainsi cela permettra de gagner **mieux** (pas plus mais mieux).

Conclusion de Luc Duquesnel : les deux textes mettent les généralistes la tête dans le bon sens pour l'avenir.

Le prochain Comité directeur aura lieu le **VENDREDI 11 OCTOBRE 2019** (veille conseil confédéral).

Fin à 16h40.

**Dr Patrick CZERWINSKI**  
**Membre du Bureau**