

## **COMPTE RENDU DU COMITE DIRECTEUR SAMEDI 30 SEPTEMBRE 2017**

**PRESENTS** : Drs Luc DUQUESNEL (Président « Les Généralistes CSMF »), Dany GUERIN (Aquitaine), Fouad OU-RABAH (Aquitaine), Monique LUTTENBACHER-RUBEL (Alsace), Pierre-Paul SCHLEGEL (Alsace), Jean-Michel LEMETTRE (Centre), Michel COMBIER (Midi Pyrénées), Nicolas SAINMONT (Basse Normandie), Patrick CZERWINSKI (Haute Normandie), Stéphane ATTAL (Franche Comté), Alain LECLERC (Ile de France), Michel MONDRZAK (Ile de France), Georges SIAVELLIS (Ile de France), Jean-Pierre BRUNOT (Languedoc Roussillon), Rémi UNVOIS (Lorraine), Jean-Daniel GRADELER (Lorraine), Pierre-Marie COQUET (Nord Pas-de-Calais), Michel BACHELET (Pays de Loire), François VERDON (Pays de Loire), André NOUAILLES (Picardie), Jean-François PERRET (PACA), Philippe BRUNET (Poitou Charentes), Béatrice FAZILLEAUD (Poitou-Charentes), Yannick FREZET (Rhône Alpes), Julie MAZET (Rhône Alpes), Dominique RICHTER (Président du SMACMAC), Vincent BOUIC (Directeur des opérations - Evolutis DPC), Laurence NOEL (Assistante de direction).

**ABSENTS EXCUSES** : Drs Guillaume DARMAILLACQ (Aquitaine), Dominique CHAPUIS (Bourgogne), Xavier BUCHHOLTZ (Bourgogne), Frédéric MAS (Bretagne), Nadia SIMON (Bretagne), Antoine GUINOISEAU (Champagne Ardennes), Elisabeth ROUSSELOT-MARCHE (Champagne Ardennes), Jean Christian BASSET (Centre), Christian VEDRENNE (Languedoc Roussillon), François POULAIN (Languedoc Roussillon), Jean-Baptiste THIBERT, Jean-Marie CONQUET (Limousin) pouvoir Dr Ou-Rabah, Sophie SIEGRIST (Lorraine), Mickael RIAHI (Ile de France) pouvoir Dr Frézet, Jean LAFARGUE (Lorraine), Bertrand DEMORY (Nord Pas-de-Calais), Bertrand LEGRAND (Nord Pas de Calais), Fabien TARET (Nord Pas-de-Calais), Stéphane DELABROYE (Poitou Charentes), Hervé GIN (La Réunion), Paul-Luc PASTOR (La Réunion), Bernard ODDOS (Président du SMC-EHPAD).

**ABSENTS** : Patrick NICOL (Alsace), Fernand FLORES (Auvergne), 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 20/05/2017,
3. Formation : état d'avancement des opérations 2017, formations CCAM, .....
4. Syndicalisation : Etat des lieux des cotisations, Universités d'été de la CSMF, communication,
5. Actualités conventionnelles,
6. Actualités politiques : PLFSS, stratégie nationale de santé,
7. Projet politique « *Les Généralistes CSMF* »,
8. Questions diverses (calendrier 2018, SMC EHPAD : renouvellement du Bureau ....)

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

**Introduction du Président, Luc DUQUESNEL** : programme chargé, au niveau politique ce matin et aussi Projet politique Les Généralistes-CSMF à vérifier, modifier et valider cet après-midi.

**Présentation d'un nouveau membre** : Jean-François PERRET, région PACA, Médecin Généraliste, orienté homéopathie acupuncture, élu 18 ans aux URPS PACA. Impliqué à la Faculté de médecine de Marseille.

**Les documents du porte document** : importants. A connaître et s'en approprier pour les négos.

**Approbation du compte rendu du comité directeur du 20/05/2017 (sur le porte documents)** : approuvé à l'unanimité.

**Rapport de la cour des comptes** sur les comptes de la sécu, on en parlera.

**Réseaux de soins** : Etudes DRESS sur les dépenses de santé, sur les revenus des médecins libéraux.

**Projet politique des Généralistes CSMF** : fin de matinée + après midi

**Syndicat SMC EHPAD** : **Courrier de Bernard ODDOS, président, dans les pochettes et porte documents** : circulaire de 6 pages mais à lire car très intéressantes. Problème de certains EHPAD : les médecins coordonnateurs qui s'approprient les patients et le médecin traitant qui perd son patient... Mais il faut savoir que 2/3 des EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur.

Bernard ODDOS finit son mandat en fin d'année, un nouveau président est à élire en début d'année.

**PM Coquet** : il faut un médecin d'expérience, facilitateur. J'exerçais dans un EHPAD public, maintenant dans un EHPAD privé, mais le problème reste le même pour les patients.

**L. Duquesnel** : oui, un médecin coordonnateur d'EHPAD doit être facilitateur. Il y a du travail, il faut pourvoir ce poste.

**PM Coquet** : effectue 0,25 ETP avec un autre médecin, cela suffit. Pas besoin de se mettre la pression en imaginant qu'il faut 0,6 ETP...

**Laurence** : La région Lorraine a transféré la circulaire « médecins coordonnateurs » + bulletin d'adhésion à l'ensemble des médecins > déjà plusieurs remontées de cotisation. A élargir aux autres régions.

**L. Duquesnel** : remontées de cotisation faibles, il faut le faire dans tous les départements.

### **Formation : intervention de Vincent Bouic (Evolutis DPC) :**

Michele Lenoir Salfati (Directrice ANDPC), a remis en ordre l'ANDPC, son objectif est de remettre du sérieux, vérifie les organismes, le contenu des formations, et a restreint le budget formation / médecin (il y a par an 8 journées / médecin, puis 6→4→3→ et maintenant 2 ? L'année 2017 est difficile pour tous au niveau DPC. Pourtant, l'enveloppe budgétaire est encore en cours et devrait aller jusqu'à fin octobre ou mi-novembre. La nouvelle directrice a redonné du souffle à la formation. 300 organismes font de la FMC, les 50 premiers font 80 % de la formation, Notre GIE est 10<sup>ème</sup>, nous sommes plutôt bien placés. FORMUNOF est le seul organisme du GIE en progression. Au 30 septembre 2017, la formation de FORMUNOF a progressé, mais en y regardant de plus près : FAF + 42%, DPC+22% soit au total = +26%. Pourquoi ? Car nos dirigeants ont su prévoir, anticiper les évolutions négatives : les lancements des formations se sont faits très tôt. Il faut poursuivre dans ce sens pour 2018. FORMUNOF a su progresser, car a su faire des formations présentielle d'un ou deux jours. Et très peu de soirées. Il faut réfléchir à cela : les spécialistes ont fait plutôt des soirées.... MGForm fait à 75% des formations de 2 jours. Les organismes du TOP 3 aussi.

**FAF PM** : l'enveloppe prévue a progressé.

Actuellement, Evolutis DPC s'occupe de 2018, car les projets 2017 sont lancés.

**L. Duquesnel** : les stages en ambulatoire doivent être faits dans tous les spécialités. Si les URPS s'en occupent cela devrait se faire.

**N. Sainmont** : vraie réflexion des MSU autres que généralistes. Il faut une formation. Les pédiatres ont une bonne expérience.

**V. Bouic** : catalogue des thèmes de 2 jours proposés par MG Form : nous avons presque tout, c'est pertinent, y réfléchir, et faire en région.

**Une formation DPC aura lieu le vendredi 8 décembre** (avant le comité directeur *Les Généralistes CSMF*). Il faut s'inscrire. Même ceux ayant consommé leur budget DPC, on verra.

Faire des soirées est intéressant (25 inscrits pour être rentable), mais il est plus rentable de faire une journée et encore mieux sur deux jours (10 inscrits suffisent).

**Universités d'été de la CSMF** : L. Duquesnel : moins de participants tant vis-à-vis des syndiqués que des intervenants. La Ministre de la Santé n'est pas venue. Elle s'était déplacée à La Baule, la CN URPS a pris un poids politique, la Ministre a considéré qu'elle avait vu les libéraux. Elle n'est pas venue non plus aux autres universités des syndicats. Dans le cadre de ce qui se met en place sur le terrain, ce sont les URPS qui s'en occupent. Ce n'est pas lié au président de la CN, c'est la volonté de toutes les URPS. Aucun président d'URPS ne s'est élevé contre La Baule.

Alors nous devons réfléchir sur le devenir de notre Université d'été.

### **Calendrier réunions « Les Généralistes CSMF » pour 2018 :**

- SAMEDI 27 JANVIER : ASSEMBLEE GENERALE
- SAMEDI 24 MARS : COMITE DIRECTEUR
- VENDREDI 1ER JUIN : SEMINAIRE + SAMEDI 2 JUIN : COMITE DIRECTEUR
- VENDREDI 5 OCTOBRE : COMITE DIRECTEUR
- VENDREDI 30 NOVEMBRE : SEMINAIRE + SAMEDI 1ER DECEMBRE : COMITE DIRECTEUR

HORAIRES DES REUNIONS : 9H30 A 16H30

Calendrier approuvé à l'unanimité des présents.

### **Intervention du Président et Chargé de communication de DOCTOLIB (prise de RV par internet) :** présentation sur le « porte document »

L. Duquesnel : en développement actuel sur le marché. C'est une réponse au manque de temps des médecins, et aux nouvelles demandes des patients (prise de rdv même la nuit sur internet).

Présentation de Stanislas Niox-Château, Cofondateur et Président de Doctolib :

Fondateur de Doctolib, créé il y a 4 ans.

Pourquoi a-t-il été créé ? les médecins sont de plus en plus débordés (temps de travail explose et de plus en plus d'administratif. Accès aux soins : certains patients reportent ou arrêtent leurs soins.

En France, les technologies de la santé sont très en retard par rapport à d'autres secteurs, et encore plus en retard par rapport aux autres pays.

D'après les plans d'action des différents systèmes de santé en Europe, le but de Doctolib = améliorer l'efficacité du système de santé.

4 axes de digitalisation de la santé, la mission de Doctolib = fournir le meilleur outil aux praticiens et améliorer l'accès aux soins.

Doctolib fournit un service aux patients : information aux patients = info sur le praticien et son cabinet médical entièrement fourni par le praticien.

Prise de rdv du patient.

Suivi des rdv du patient par le praticien.

Le logiciel a de multiples fonctions :

- Prise de rdv en ligne permet de désengorger les secrétariats
- Permet de suivre les rdv non honorés (100 millions de rdv non honorés en France en un an = perte économique+++ , → SMS de rappel pour éviter oubli, possibilité pour le patient d'annuler son RDV.
- Meilleure communication avec le patient
- Collaboration du médecin avec ses confrères sur Doctolib. Permet de prendre rdv avec un spécialiste.

Equipe Doctolib : 360 personnes, dans 30 villes de France, et 5 villes en Allemagne. Technologie 100% propriétaire. 11 millions de français y sont passés en septembre 2017.

Exemple en ligne.

- Info du médecin = nom, prénom, adresse, spécialité, créneaux de rdv
- Prise de rdv du patient : motif, rdv adapté
- Puis le patient entre son tél, nom, prénom ; mail, mot de passe (c'est simple, permet prise de rdv par smartphone)

- Partie visible par le médecin : on voit les rdv pris et le type de rdv. On peut prévenir le patient du retard, on peut annuler ou reporter un rdv, on peut aussi mettre un rdv à 3 mois, 6 mois, et pour nous aussi tout peut être fait par smartphone.

L. Duquesnel : des innovations technologiques existent, il faut en prendre conscience, les utiliser permet de s'améliorer, économiser du temps médical et du temps de secrétariat, avoir plus de temps. Si nous ne le faisons pas, d'autres le feront. Il faut arrêter de travailler comme il y a 30 ans. Si l'AP-HP utilise Doctolib, c'est qu'elle y a trouvé un intérêt économique. Devenons des chefs d'entreprise !

#### Questions de la salle :

- M. Combiar : utilisateur de Doctolib. Les non utilisateurs posent toujours la même question : que fait Doctolib des fichiers ?
- JF. Perret : les MEP qui ont des durées de consultations différentes par patient. Cela est-il prévu ?
- A.Nouailles : le coût ? Est-ce crypté ?
- N.Sainmont : intégration à WEDA est-elle possible ?
- JD Gradeler : ergonomie ? Elle est nulle ? Les messages entre le médecin utilisateur et son secrétariat sont nuls.
- F. Verdon : j'utilise Crossway ; quel risque de se faire déborder par les patients ? Et les rdv qui ne servent à rien ?
- G. Siavellis : base de données devenue agréée, et quel pouvoir des utilisateurs dans le C.A Doctolib ?
- S. Attal : j'utilise Doctolib, à améliorer : envoi de sms sur téléphone fixe ? Quand ? Dans le cadre des rdv pris chez un confrère spécialiste → parfois ce n'est possible que 3 ou 4 mois après, il faudrait des rdv plus rapides.
- PP Schlegel : éviter la prise de rdv par des patients dont je ne suis pas le médecin traitant ? Comment sélectionner ?

#### Réponses :

- Fichiers de données : deux fichiers, agréés, anonymisés, Doctolib n'est pas propriétaire des données, a eu l'audit de la CNIL. C'est sécurisé.
- Agenda : on peut configurer autant de motifs de consul que l'on veut, avec pour chacun une durée de consultation différente. Le patient sélectionne le motif du RDV puis en fonction des plages de RDV prévues par le praticien, l'horaire de rdv pris par le patient, la durée du RDV s'affiche automatiquement. Doctolib est le seul en Europe.
- Coût : 109 euros / mois / praticien. Pas d'autre modèle économique. Pas de coût de maintenance. Pas d'engagement des praticiens, ils peuvent arrêter quand ils veulent.
- Rentabilité, financement, mutuelles : boîte privée, ses dirigeants sont propriétaires. Aucune mutuelle ou assurance n'est prévue. Rentable ? Non. A prévu d'être rentable à l'horizon 4 ou 5 ans. Doctolib est plus grand que Cégédim. Enjeu : financement dans le temps. Aucun lien avec mutuelles, établissements de santé.....
- Organisation : sur les 4 axes dits précédemment, Doctolib est en évolution continue pour fournir de nouveaux outils aux praticiens : téléconsultation, télémedecine, ...
- Interfaçage : technologiquement oui, « zipper » en open source pour donner accès à tous les éditeurs, mais les autres éditeurs refusent d'être interfacés avec Doctolib. Alors pour le mettre en place, il faut que les médecins le demandent.
- Doctolib peut fonctionner sans interface. Mais ce serait mieux si l'interface se faisait.
- Messagerie : avec les télésecrétariat, c'est possible aussi, améliore le fonctionnement, c'est aussi un axe de travail.
- Les risques de débordement : pas encore arrivé pour l'instant, car  $\frac{3}{4}$  des rdv sont pris par les patients du praticien. Il est possible de bloquer les nouveaux patients. Nous avons notre base de données, et si le patient n'y est pas, son rdv est bloqué.

- Equipe « docteur success » de 40 personnes qui s'occupent d'optimiser les statistiques des praticiens, améliorer l'organisation du cabinet, améliorer l'usage de l'agenda, et impliquer les praticiens dans la stratégie de réponse.
- Des praticiens vont être dans le CA Doctolib.
- SMS sur tél fixe : oui en cours. 91% des téléphones actuels sont portables. Ceux qui ne restent personnes âgées et aussi en zone mal desservie par 3G, 4G....
- Doctolib est possible si médecin sans secrétaire, en complément d'un télésecrétariat ou avec un secrétariat physique : la répartition de ces praticiens utilisant Doctolib : 33-33-33%

Luc Duquesnel remercie les responsables de Doctolib d'être venus.

### **Syndicalisation : remontée cotisations :**

L. Duquesnel : baisse énorme par rapport à 2016. Nous devons réfléchir à d'autres rentrées d'argent.

De plus, il n'y a pas eu d'appel à cotisations dans certaines régions.

Discussion : rester en contact avec Stéphane Landais, secrétaire général de la CSMF. Si problème lui en parler.

Le problème n'est pas le montant de la cotisation, c'est l'organisation.

### **Actualités conventionnelles :**

**Convention nationale :** N'étant pas signataires, nous ne participons pas à l'élaboration des avenants, nous découvrons ces avenants sur table le jour de la signature. Les prochains avenants devraient être sur la télémédecine.

Le SML se pose la question de signer la convention. Pour l'instant, le président n'a pas la majorité en AG (49% contre et 48% pour).

Et nous, malgré le GIE, les fonds baissent. Alors comment continuer à vivre ?

**ACI :** les maisons de santé en SISA : RAS

**ACIP : exercice coordonné entre prof libéraux :** l'UNPS s'en occupe, mais les négos risquent de ne pas aboutir car les paramédicaux veulent être rémunérés au même niveau que les médecins. Dans le PPS, en fonction de la gravité des pathos du patients, le nombre des intervenants augmente, si chacun est payé par exemple 50 euros, si 10 intervenants → 500 euros /patient à déboursier par la CPAM. Le Directeur de CNAM, Nicolas REVEL, n'est pas d'accord.

PM Coquet : Actuellement, REVEL ne veut plus augmenter la consultation de base. Comment le traduire : il ne veut pas être payeur aveugle. Les thèmes de la ROSP : certains items inatteignables, c'est un sujet syndical. Si une patiente n'a pas fait sa mammo, un hémocult ....Un rappel dans l'ordi. Certains médecins ne sont pas informatisés.

Chacun son modèle économique : certains médecins ne mettent rien en logiciel, ils n'ont pas de secrétaire physique : leur réponse = payer moins d'impôts. C'est understandable. C'est leur modèle de fonctionnement.

Certains médecins scannent les courriers.... Font le ménage... Pas de WC dans certains cabinets médicaux.

L.Duquesnel : mettre les confrères face à l'inorganisation de leur cabinet médical : c'est difficile. C'est multifactoriel.

**Projet politique « Les Généralistes CSMF » :** un forfait structure demandé, un cahier des charges et paiement en fonction. Le financeur veut savoir ce qu'il paie.

La question des négos de 2016 : est-ce que la modification des items ROSP entraîne une baisse de la ROSP ? → c'est un risque. On verra cela en avril 2018 : il est prévu un paiement complémentaire qui compensera cette baisse. A quelle hauteur sera cette compensation ? Pas 100% probablement.

G. Siavellis : une grosse partie des médecins ont des difficultés à s'informatiser.

### Stratégie nationale de santé : Luc Duquesnel

- **Prévention** : on va voir ce que cela donnera.
- **Lutte contre les inégalités sociale et difficultés d'accès aux soins**. Vu la baisse drastique du nombre des médecins généralistes, comment continuer à soigner nos patients ?
- **Pertinence des soins, qualité des soins** : comment mieux rémunérer les actes de qualité ?
- **Innovation** : les déclarations de la Ministre.
- **Fin décembre, un décret sortira et sera mis en œuvre dans les PRS au 1<sup>er</sup> trimestre 2018.**

### Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale :

Les dépenses ont trop augmenté en réalité. Les marges d'efficience existent selon la cour des comptes : le CAS trop cher à cause du remboursement des dépassements limités. Mais la réponse de la sécurité sociale est différente.

### PLFSS 2018 : + 2, 3% par rapport à 2017.

Normalement, si l'on veut faire la même chose en 2018 qu'en 2017, il faut une augmentation de l'ONDAM à 4,5%, mais des économies sont à réaliser alors le gouvernement cherche des économies à faire : coût des médicaments, génériques, efficience, adaptations tarifaires sur laboratoires, radiologues, participation des mutuelles aux économies (UNOCAM).

Plan d'accès aux soins : les projets innovants venant du terrain, répondant au PRS (continuité des soins, PDS, prévention...) seront rémunérés dans le cadre d'expérimentations. Seront évalués, et si positif, seront généralisés.

Ce qui ne fait pas plaisir : pour répondre à ces priorités du PRS, peu importe que ce soit des libéraux ou l'hôpital public qui réponde.

CPTS, ESP, ... cela se fera progressivement, il faut faire un travail de terrain. Nous devons être les vecteurs. Les fonds arriveront petit à petit.

D. Guérin : un centre de santé mis en place dans une ville ne manquant pas de libéraux. Mais les libéraux n'ont pas répondu présents → Centre monté avec des nouveaux médecins.

M. Combier :

- Le gouvernement poursuit la sortie du système bismarckien : On va vers un système qui sera financé par l'impôt (et de moins en moins par les cotisations sociales).
- Projet politique *Les Généralistes CSMF* : super, à approuver.
- Il faut négocier avec ce gouvernement qui est en début d'exercice.
- L'augmentation du nombre des centres de santé signifie que les libéraux ne font plus leur travail (moins d'amplitude horaire). Il faut trouver une réponse adaptée. Notre spécificité est unique, aucune autre prof ne l'a. Nous entrons dans un système où l'Etat donne une délégation aux financeurs.

Moyenne d'âge d'utilisation des utilisateurs de Doctolib : 54 ans.

Gouvernance : Etat + Assurance maladie, ensemble des syndicats représentatifs des profs de santé + Elus : validera les demandes de projets innovants.

**Plan d'investissement** : télémédecine, maisons de santé, hôpital numérique, E-parcours, recherche médicale.... La majorité des 4,5 milliards d'investissement est destinée aux hôpitaux (3milliards).

Cela pose un problème : le big data. Tout le monde est suivi.

**Discussion sur la formation** : 2 années perdues, la première année de médecine car bachotage, la 6<sup>ème</sup> année aussi.

De quel (s) message (s) sommes-nous porteurs ?

Question : cotisation actuelle, à changer ? A remplacer par une cotisation obligatoire ?

L. Duquesnel : les chirurgiens-dentistes ont refusé de signer leur convention. Décision de règlement arbitral. Des mesures pénalisantes y étaient. → Finalement la Ministre a suspendu ce RA, donc pas de mesure pénalisante pour eux et pas de revalorisation.

## **Projet politique Les Généralistes CSMF :**

Nous avons été accompagnés par Martine Aoustin, conseillère à la CSMF. Ont été associés Michel Combière et Béatrice Fazilleaud.

A lire, modifier, puis valider ce jour : PWP

Plan : 6 points

### **1 Formation :**

- 1-1 Formation initiale
- 1-2 Formation continue
- 1-3 Evaluation des pratiques professionnelles

### **2 Exercice médical :**

- 2-1 Faciliter l'accès à un exercice libéral
  - 2-1-1 Accès à la vie professionnelle
  - 2-1-2 Vie professionnelle
- 2-2 Arrivée de la télémédecine : ne doit pas remettre en cause le rôle du médecin traitant
  - 2-2-1 Télésurveillance
  - 2-2-2 Téléconsultation
  - 2-2-3 Téléexpertise

### **3 Rémunération :**

- 3-1 Paiement à l'acte, avec hiérarchisation
- 3-2 Ouvert à une expérimentation, forfait à la pathologie ...  
Toutes les visites à domicile sont justifiées. Les actes effectués sont tous complexes.

G. Siavellis : la prise en charge du patient à domicile est un acte complexe.

3-3 Forfait structure doit être adapté : fonction du lieu (Le loyer à Paris n'est pas le même qu'à trifouillais les oies). Type de secrétariat. IDE assistante ou pas. IDE clinicienne...

3-4 Financement de la coordination

*Remarque : le nombre des médecins diminue. Il faut valoriser l'installation des jeunes dans les zones en déficit sans déstabiliser l'existant.*

### **4 Relation avec les payeurs :**

- 4-1 Avec AMO
- 4-2 Avec AMC

### **5 Rôle du médecin généraliste demain :**

(Voir aussi annexe 1)

(Annexe 2)

### **6 Quelles organisations représentatives :**

Les annexes sont très importantes aussi (voir porte document)

## Discussion :

B. Fazilleaud : aurait préféré que l'on traite d'abord du rôle du médecin.

L.Duquesnel propose :

- 1 Rôle du médecin
- 2 Son exercice
- 3 La formation
- 4 Rémunération
- 5 Relation avec les payeurs
- 6 Organisations représentatives

PP Schlegel : dans le préambule, faire un résumé de nos missions, puis développer. Alors en 1 il n'est pas anormal de parler de la formation, puisque l'on commence par cela.

L.Duquesnel : dans le préambule, on ôte « Nous avons aujourd'hui.... »

Donc on garde : « Le vieillissement de la population, la volonté..... on remplace.

Ajouter : « les médecins libéraux spécialistes en médecine générale » (au lieu de « les médecins généralistes libéraux »)

PM Coquet, page 4 le c : comment salarier les médecins ? Une ligne politique claire, doit-il cotiser à la CARMF ou pas ?

L.Duquesnel : est-ce essentiel ou secondaire ? Les jeunes préfèrent le salariat.

Certaines spécialités sont retablees d'autres pas. Pour un médecin généraliste : pour être rentable en salariat, il doit faire plus de 3 consultations à l'heure. C'est la difficulté. Il faut le payer à l'intéressement.

PP. Schlegel : quand on salarie quelqu'un c'est parce que l'on a intérêt à le faire. Sinon on ne salarie pas.

Réponse de D. Guérin : quand on salarie un médecin, il ne cotise plus à la CARMF, alors cela désavantage ses confrères libéraux. Le code du travail existe, il faut le suivre. Si on demande un allègement des charges, l'hôpital le demandera aussi.

N.Sainmont, Luc : il existe le statut unique du médecin.

N.Sainmont : L'équation entre salaire et productivité. Il faut exprimer notre volonté d'une réflexion sur notre statut. Mais ce n'est pas le débat aujourd'hui.

L.Duquesnel : Actuellement, la sécurité sociale prend en charge une part importante de nos cotis assurance maladie, vieillesse.

PP Schlegel : nous sommes un des rares métiers où dans la formation il n'existe aucun chapitre sur « comment vivre de notre métier ? ». A la retraite, nous ne percevons que 37% de nos honoraires précédents. Le salarié reçoit 50 à 60 % de son salaire. Le médecin doit investir pour préparer sa retraite.

R. Unvois propose pour le c (page 4) : « développer une convergence avec la prise en charge salariale du médecin secteur 1 qui emploie le salarié ».

PM Coquet : en bas de page 4, le d : Favoriser partout le regroupement des médecins spécialistes en médecine générale autour de leur projet de santé territorial.

Page 6 le i : attention à la levée de bouclier des IDE contre leur salariat par un médecin.

Luc : on ne s'interdit rien.



PM Coquet : page .. Nous avons une file active de patient, il serait intéressant d'utiliser nos données de santé afin de mieux soigner nos patients.

R. Unvois : + de 30% des confrères n'a pas un niveau d'exigence. C'est un boulet. Il faut un outil qui note la non motivation du patient. Il faut être traçable.

G. Siavellis : les PTA.

*Réponse de L.Duquesnel : les PTA ne peuvent pas être uniquement dédiées aux médecins libéraux. Ce qui est important c'est d'avoir la gouvernance.*

R. Unvois : le message doit donner envie, être protecteur et avoir un garde-fou afin que le médecin pas très motivé puisse y participer.

L.Duquesnel : nous avons un rôle pédagogique majeur. Les médecins demanderont pourquoi il faut changer.

D.Guérin : page 2, le d : supprimer « à l'image de..... la PDSA » car elle a peur que cela soit supprimé.

Page 3, le c : C'est *la profession* qui doit l'organiser et la mettre en œuvre ; mettre à la place : c'est le collège de médecine générale qui doit l'organiser...

Page 5, le e : Les médecins généralistes doivent pouvoir : .... Donner plus de marge de manœuvre **financière** aux ARS.

Page 6 : .....**aide à la rédaction** d'un plan personnalisé....

Page 8 : 2-2-2 Téléconsultation : il faut parler de la rémunération

On ajoute : les spécialistes en médecine générale doivent être rémunérés.

Page 9 : remarque en bas.

Effectivement il faut favoriser les installations en zone en manque de médecins généralistes.

F Verdon : Le zonage : On raisonne en bassin de vie.... Mais on peut avoir un glissement des médecins d'une zone vers l'autre. Quelle doit être la longévité d'une aide ?

L. Duquesnel : jusqu'à maintenant les zones duraient 5 ans. Maintenant, ce sera 2 ans, et si l'URPS décide que rien n'a changé, les aides se poursuivent inchangées.

La partie communication n'a pas été traitée.

Parmi toutes les propositions, nous communiquerons surtout sur celles prépondérantes et entendables des confrères.

PP Schlegel : page 2 à la fin de la formation initiale : Page 5, le e : Les médecins généralistes doivent....

Comment faire le diagnostic ? Luc : l'URPS fait une réunion, la chargée de mission présente.

F.Verdon : Page 2 : 1-3 le a..... aussi bien humaine que technique.

Page 5 le d : ( **MSP**)...exercice monosite ou multisite.

**Vote pour l'approbation du projet politique « Les généralistes CSMF », avec les modifications effectuées ce jour : Abstention : 1** (car doit d'abord être validé en département, réponse : oui mais délai trop court demandé par CSMF, alors techniquement pas possible). **Contre : 0 Pour : Tous les autres → adopté à l'unanimité moins un.**

**Le prochain comité directeur aura lieu le VENDREDI 8 DECEMBRE à 17h00.**

**Dr Patrick CZERWINSKI - Membre du Bureau**