CPTS du pays de Martigues
Association loi de 1901 - W134009963

AG FCPTS (nationale)

Positionnement des acteurs extérieurs aux CPTS

Les CPTS constituent des sujets majeur de réflexion des URPS/CNAM/ARS qui ont délégué, chacun, un interlocuteur spécifique.

Les relations avec l'ARS ?

400 CPTS, en cours de création et créées, en france mais manque de lisibilité des projets et leur état d'avancement. Pour l'instant, une seule a signé l'ACI : Vénissieux .

Quelle taille pour être efficace ?
Certaines ARS jugent négativement la création, dès le départ, de CPTS sur de grands territoires.
Le déroulement privilégié est plutôt celui de structures de tailles modestes, qui pourront fusionner dans le futur.

Le calcul du ratio ACI CPTS / Nombre d'habitant varie de 2 à 8 euros en fonction de la taille de la CPTS (plus gros : moins cher !)

70 % des CPTS concernent moins de 80 000 habitants

Les relations avec les URPS ?

Les URPS n'ont pas la vocation à représenter les CPTS et encore moins les inter URPS. Ce sont uniquement des outils facilitateurs pour la profession . Même si les URPS voudrait représenter l'intersyndicale auprès des tutelles et au national, elle n'en ont, ni le mandat, ni la légitimité.

Les relations avec les syndicats ?

La FCPTS, s'articule en revanche, avec l'ensemble des syndicats professionnels .

Les CPTS sont poussées par le ministère de la Santé, pour organiser des rencontres , créer des liens, rechercher des convergences, afin de constituer une organisation structurée régionale et nationale.

La CNAM

Finance en grande partie le fonctionnement de la FCPTS.

La FCPTS se pose comme interlocutrice des institutions , membre consultatif des instances de l'ACI (grâce aux syndicats pro) et des Caisses d'Assurance Maladie.

Les CPRAM pourrait solliciter les CPTS pour arbitrer la hiérarchisation de la prise en charge des patients chroniques sans MT

Les PTA

Il existe une grande dynamique de convergence CPTS / PTA, il se pourrait bien, qu'une partie du personnel des PTA soit dévolu aux actions sur le terrain des CPTS ! Idem pour les MAIA.

Une fenêtre sur la vie des CPTS

Les institutions tiennent à ce qu'au cours des réunions FCPTS soient exposés des **RETEX** (retours d'expériences)

ESP CLAP (Equipe de Soins Primaire de Coordination Locale Autour du Patient)

Cette ESP en pays de Loire a été financée à minima pour permettre à ses PS de se réunir
Il n'existait pas de financement définis pour les ESP.
Cette première pourrait être une très bonne proposition mobilisatrice chez nous

(Une information par courriel à monsieur MASOTTA, délégué ARS PACA aux soins des proximités, est déjà partie)

VSM (Volet de Synthèse Médicale).

Initiative du 22 qui pourrait servir à tous les certificat médicaux et documents administratifs.

Permet d'alimenter le DMP directement sans ressaisie et à partir des logiciels métiers des PS.
Simplification administrative, avec, au centre, l'organisation du dossier patient (référentiel HAS)

CASO (Cabinet de soin et d'orientation)

Réalise la coordination en amont et en aval de l'hospitalisation , assuré par les IDE (Libérales)

Rendre attractifs les territoires ou est pratiqué l'exercice pluripro.

La CPTS de Bergerac met l'accent sur les services à apporter pour favoriser l'installation : logement, place de crèches, insertion professionnelle du conjoint etc..

Les missions font fuir les jeunes médecins !
Il vaut mieux présenter les gains. Le temps gagné par exemple au niveau d'une ESP

Les MSP augmentent clairement l'attractivité des territoires pour les jeunes médecins.

Soulager les MG dans le premier recours et le SNP.

- Développement du pharmacien correspondant
- Surveillance des patients chroniques (IDE et PH)
- Protocole de prise ne charge en cas d'épidémie
- Intérêt du couple MG/ pharmacien « traitants ».

Recherche d'une dynamique de territoire et d'un modèle d'indemnités qui ne doivent pas pénaliser les revenus des uns au bénéfice des autres.

Veiller à l'équilibre du métier MG qui ne doit pas se cantonner aux cas complexes !!

Les cabinets à horaire élargis

Comme à Fos sur Mer, il faudra discuter avec ces structures. Elles viennent combler un manque dans SNP et la PDSA qui ne doit pas faire oublier que ces permanences ne remplissent aucun rôle de suivi
Ces structures sont elles le reflet de la désorganisation territoriale ?

En théorie , il serait possible d'absorber 30 % des SNP qui sont actuellement traités par les services d'urgences, si chaque MG au national était en mesure d'accueillir une consultation par jour supplémentaire.

Des missions qui commencent à deviner très concrètes !

Comment gagner du temps / travail ?
Quelle organisation pour identifier les flux de patient ?
Rôle des infirmières AZALÉES dans les MSP ?
Rôle des infirmières PA dans les CPTS ?
Importance de l'échelon local des protocoles de coopération, ne pas plaquer un protocole national, l'adapter plutôt à la demande du territoire.

Le volet formation

Mise en place d'un DPC pluri professionnel et non interprofessionnel (la différence est de taille, en inter les PS de santé sont à côté les uns des autres en pluri, ils travaillent ensemble !)

Ce DPC est ciblé sur les membres d'une CPTS. Elle est cumulative avec les autres formations Doc.

C'est un budget spécifique, hors forfait.

Pour déposer un dossier, il faut demander à être organisme de formation (20 CPTS l'on déjà fait !!) à déposer.
On peut demander également à un organisme prestataire de conduire la formation, mais financièrement, ça n'a plus de sens.….

On touche 76 euros par personnes. Les PS sont indemnisés dans le cadre du DPC.
C'est un formidable levier, de fédération et de diversification des financements.

Dépôt de dossier à faire impérativement. Une excellente mission pour la prochaine coordinatrice …

Sur la FCPTS

Légitimité de la FCPTS :

Proposition du ministère de la santé d'intégrer la FCPTS à la Conférence nationale de santé

Participera aux groupes de travail dont celui sur les formes juridiques des structures coordonnées (SISA ?)

La FCPTS voudrait être représentée dans les commissions paritaires régionales

Missions de la FCPTS

La FCPTS voudrait être l'observatoire de la relation ville / hôpital Elle souhaiterait institutionnaliser cette relation.

Apporter des services (ex modèle de statuts…).

Mutualiser des projets

Développement de l'entraide .

Apporter aussi des dérogations à la loi 1901 sur les associations (augmentation du plafonnement de la rémunération des dirigeants)

Officialise de manière informelle une base de calcul d'une indemnité pour perte de ressource lors de la participation aux travaux de la CPTS :

> Une journée de 8 heures est défrayée 300 euros quelque soit le métier et elle est non assujettie à la TVA.
>
> Cela ne suffit pas pour un MG (450 euros / jours de perte)
>
> Rémunération des dirigeants : max 3/4 du SMIC
> Assos sportive x 1,5, URPS x 2 Plafond indemnisation SS (41 088 euros en 2020)

Réflexion spécifique, conjointement avec les syndicats de médecins, sur l'évolution du métier et de la rémunération des MG au sein d'une CPTS.

(ex : un patient diabétique sera moins vu / référence actuelle)

Réflexion sur les nouveaux métiers, les délégations de tâches : apport de nouveaux modes de rémunération dans la nouvelle organisation des activités.

La FCPTS fera bénéficier aux CPTS du détails des accords qui auront été conclus en ce sens avec CPAM.

Quelle prospective ?

La démographie médicale va continuer à se dégrader jusqu'en 2025, se stabiliser jusqu'en 2030, puis lentement remonter au niveau de 2015 (date d'apparition de la notion de désert médical) en 2040 !!

La modification du numérus clausus ne modifiera pas la situation.
Données économiques : DRESS et la base Rezone en PACA.

Un MG travaille en moyenne 3 jours et demi par semaine.

Quelle offre de soins pour quelle demande ?

La CPTS doit être le creuset du développement des nouvelles formes d'exercice : Coopération -> Délégation -> Recherche d'un meilleur confort, grâce aux protocoles validés localement.

Les déclinaisons locales de la FCPTS .

Ce sont les acteurs du terrain qui décideront de la création de fédérations locales.
Des questions se posent sur la création du niveau initial départemental ou régional.

On souligne la relation avec les Centres Hospitaliers à qui il ne faut pas laisser le champ libre pour l'organisation des soins.
Ceux ci peuvent contractualiser avec plusieurs CPTS.

En ce ce qui nous concerne nous sommes favorable à l'option structure régionale SUD EST.

Nous discutions en direct avec le. DR Bernard GIRAL avec qui nous allons rédiger un appel aux autres structures en formation dans notre région (nous en connaissons déjà plusieurs : Vitrolles, Aubagne, Istres, Arles)