**CPL vendredi 14 février 2014**

Début de la réunion à 11H30.

Présentation du nouveau Directeur-adjoint M. Lacroix, qui sera Directeur d la régulation, en remplacement de M. Francisco qui assurait cette fonction par intérim.

**1 - Approbation du PV de décembre :**

Approuvé à l'unanimité.

**2 - Retour de la Commission Médecins du 07 février :**

* Dr P. : seul psychiatre en S1 du territoire. Installé depuis peu. Ne s’était pas rendu compte. Va être rencontré par un médecin-conseil.
* Dr L. : idem. Beaucoup de patients en difficultés sociales.
* Dr B. : beaucoup de souffrance au travail sur son secteur. La commission va lui écrire pour lui rappeler les règles de bonne prescription. M. Lévêque (Président CPAM) souligne les montants énormes dépensés : 10 fois la moyenne. A. Robinet (président de la section professionnelle) répond que ses arguments sont audibles.

**3 – Médecins secteur 1 poursuivis pour dépassements:**

66 médecins suivis, 4 restent. Ils n'ont pas modifié leurs pratiques tarifaires.

* Dr B. : psychiatre. Proposition de la CPAM : comportement général irrespectueux et déjà condamné pour le même motif en 2005 (mais amnistié par la rupture conventionnelle), demande déconventionnement pendant 3 mois. Nous acceptons.
* Dr B. : psychiatre. 100% de DE. Proposition de la CPAM : non prise en charge des cotisations pendant 6 mois. Nous acceptons, mais je fais remarquer qu’il pratique des techniques très spécifiques, qui ont demandé une formation longue et coûteuse, et que les patients viennent de loin pour cela.
* Dr D. : ORL. On commence par une discussion sur l'affichage de ses tarifs où il dit exercer en S2 ; j’explique qu’il s’agit d’une consigne de la CoSpé, Coordination de spécialistes. Les confrères sont très remontés par cette « imposture ». Proposition de sanction par la CPAM : 3 mois de déconventionnement. Mes arguments : la CPAM ne nous a pas transmis dans le dossier ses remarques qu’il a pourtant envoyées en AR, ce qui n’est pas très correct. Il y indique notamment qu’il est PH, et donc éligible au CAS, mais seulement dans 2 ans. De plus, il travaille également à l'hôpital et on doit prendre en compte son activité totale, ce qui porte ses DE à moins de 20%. Mais les confrères appuient la sanction, voire ajoutent à charge, essentiellement à cause de son affichage en S2.
* Dr S. : généraliste. Pratique des DE uniquement pour les visites de « confort ». Proposition de la CPAM : non prise en charge des cotisations pendant 3 mois. Les confrères approuvent mais demandent à ramener à 1 mois. Je demande la définition du DE et fais remarquer qu'on va donc sanctionner un médecin qui reste dans les règles conventionnelles. La CPAM rechigne. Sous mon impulsion, les médecins finissent par refuser à l'unanimité la sanction, qui n'est pas justifiée puisqu'il n'y a pas infraction. Le Directeur va voir.

Le Directeur Négaret ironise ensuite en me disant que je pourrai rapporter les décisions dans ma "feuille de chou".

**4 - Dépenses de soins de ville :**

+3%, conformément au national.

+3,3% pour les honoraires, lié au ROSP, dont +7,9% pour les généralistes.

Fin de la réunion à 13H20.