

RELEVÉ DE DECISIONS

Sujet : **COMMISSION PARITAIRE REGIONALE DES PRESTATAIRES DELIVRANT
DES PRODUITS ET PRESTATIONS INSCRITS AUX TITRES I ET IV DE LA LPP**

Lieu : **CPAM ROUEN-ELBEUF-DIEPPE ~ SEINE-MARITIME**

Date : **5 novembre 2024**

 Présents :

Représentants de la Section Professionnelle

A titre délibératif :

M. DE SOUSA UPSADI
M. LEROUX SYNALAM
M. SIBÉ SYNAPSAD

Représentants de la Section Sociale

A titre délibératif :

M. JOSSE CPAM du Havre
M. LAMENDOLA CPAM de Seine-Maritime
M. TOUZÉ CPAM de Caen

Secrétaire de la commission Mme SOUFFLARD

Conseillers Techniques de l'Assurance Maladie

DRSM M. GENET
CPAM Seine-Maritime Mme MATOS

 Excusés :

M. BLACLARD (SNADOM), M. LANCHANTIN (UNPDM), M. LEDRIAN UNPDM), M. ALFEREZ (CPAM de Saint-Lô), M. THUILLIER (CPAM d'Évreux), Mme ROUYER (CPAM de Seine-Maritime), Mme BELLÉE (MSA), Mme MOTTET (MSA).

S O M M A I R E

1	APPROBATION DU RELEVÉ DE DÉCISIONS DU 7 NOVEMBRE 2023	3
2	FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION.....	3
2.1	COMPOSITION DE LA COMMISSION.....	3
2.2	ALTERNANCE DE LA PRÉSIDENTE	3
3	NOMBRE D'ADHÉRENTS AU 30 SEPTEMBRE 2024.....	4
4	DÉPENSES AU 31/12/2023	4
4.1	DÉPENSES AU 31 DÉCEMBRE 2023 PAR CLASSE THÉRAPEUTIQUE	4
4.2	DÉPENSES AU 31 DÉCEMBRE 2023 FOCUS PPC	4
4.3	DÉPENSES AU 31 DÉCEMBRE 2023 FOCUS AUTO-TRAITEMENT DU DIABÈTE	5
4.4	DÉPENSES AU 31 DÉCEMBRE 2023 FOCUS PERF A DOM	6
5	DÉPENSES AU 30/6/2024.....	6
6	INFORMATIONS À LA PROFESSION	6
6.1	NOUVEAU TÉLÉ-SERVICE « APNÉE DU SOMMEIL » SUR AMELIPRO	6
6.2	AIDES FSE ET SCOR ANNÉE 2023 (VERSEMENT MARS 2024).....	8
6.3	PLAN D'ACTION VERS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS	9
7	QUESTIONS DIVERSES	10
7.1	DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN MÉDECIN TRAITANT RENOUVELLEMENT DES TRAITEMENTS	10
7.2	DATE DE LA PROCHAINE COMMISSION.....	11

La séance débute à 10h10

1 APPROBATION DU RELEVÉ DE DÉCISIONS DU 7 NOVEMBRE 2023

Le relevé de décisions de la CPR du 7 novembre 2023 est approuvé à l'unanimité.

2 FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

2.1 COMPOSITION DE LA COMMISSION

Mme SOUFFLARD communique les changements intervenus dans la composition de la Commission. Au niveau de la section professionnelle,

- pour le syndicat UPSADI : Monsieur Jérémy HUGUET remplace Monsieur Bruno PERNELLE ;
- pour le syndicat SNADOM : Madame Patricia AKAN a quitté ses fonctions. Le SNADOM n'a pas encore communiqué le nom de la personne qui reprendra son poste de titulaire.

👉 La composition de la section professionnelle est la suivante :

Titulaires				Suppléants			
M	Philippe	LEROUX	SYNALAM	Mme	Catherine	SERRE	SYNALAM
Mme	Patricia	AKAN	SNADOM	M	Jacques	BLACLARD	SNADOM
M	Gérard	LANCHANTIN	UNPDM	M	Olivier	LEDRIAN	UNPDM
M	Antoine	DE SOUSA	UPSADI	M	Jérémy	HUGUET	UPSADI
M	Ludovic	SIBE	SYNAPSAD	Mme	Delphine	MALLET	SYNAPSAD

2.2 ALTERNANCE DE LA PRÉSIDENTE

Mme SOUFFLARD rappelle la règle de l'alternance de la présidence de la Commission énoncée par l'article 49 de la Convention : « *Le Président de la section professionnelle et celui de la section de l'Assurance Maladie assurent, à tour de rôle, par période d'un an, en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.* »

La prochaine présidence de 2025 de la Commission Paritaire Régionale des prestataires délivrant des prestations inscrites au titres I et IV et au Chapitre 4 du Titre II de la LPP sera assurée par M. LAMENDOLA (section sociale) et la vice-présidence par M. DE SOUSA (section professionnelle).

M. DE SOUSA préside cette CPR (2024) et M. LAMENDOLA est le vice-président.

3 NOMBRE D'ADHERENTS AU 30 SEPTEMBRE 2024

Mme SOUFFLARD indique que le nombre de prestataires en région est en diminution de -6% au 30 septembre 2024 comparé au 30 septembre de l'année précédente. Alors que l'on dénombrait 284 entreprises au 30 septembre 2023, elles ne sont plus que 267 au 30 septembre 2024 : cela représente une baisse de 17 prestataires en région (dont 15 prestataires conventionnés et 2 non conventionnés).

Mme SOUFFLARD explique cette évolution par :

- la mise à jour plus régulière des bases de l'Assurance Maladie grâce à la mise à disposition par le national de listes périodiques des entreprises fermées au répertoire SIRENE ;
- le phénomène de regroupement des entreprises lié à la certification des prestataires.

➔ L'annexe 1 répertorie les prestataires de la LPP au 30/09/2024 en région.

M. DE SOUSA s'inquiète de la disparition significative des petites structures. M. DE SOUSA juge que cette évolution du maillage territoriale est préjudiciable en matière d'offre de services pour les patients et ne garantit plus une réponse à l'ensemble des besoins de prestations de santé à domicile exprimés par les patients, indépendamment de leur localisation géographique.

4 DEPENSES AU 31/12/2023

4.1 DEPENSES AU 31 DECEMBRE 2023 PAR CLASSE THERAPEUTIQUE

Mme SOUFFLARD précise que les dépenses LPP des prestataires de l'année 2023 comparées à celles de l'année 2022 augmentent de 7,4% au national et de 8,1% en région (avec une progression en région de 6,8% du nombre de bénéficiaires de ces prestations).

➔ L'annexe 2 apporte des précisions sur les prestations de chaque poste de dépenses.

Mme SOUFFLARD signale que 3 classes thérapeutiques concentrent 75 % du total des dépenses LPP, selon le détail suivant :

- ➔ 43,5% pour la classe Appareils respiratoires (R) ;
- ➔ 14,0 % pour la classe Métabolisme (H) ;
- ➔ 18,0 % pour la classe Maintien à domicile (T).

Aussi, certaines prestations de ces 3 classes thérapeutiques ont été sélectionnées en raison du poids qu'elles représentent au regard des autres dépenses pour réaliser un focus des dépenses détaillées par code LPP.

4.2 DEPENSES AU 31 DECEMBRE 2023 | FOCUS PPC

Mme SOUFFLARD indique que l'appareil respiratoire est la catégorie pour laquelle les dépenses sont les plus élevées et ajoute que les dépenses de cette catégorie sont très concentrées sur le traitement par pression positive continue de l'apnée du sommeil (24,7% du total des dépenses LPP 2023).

Classe 3	Libellé	Montant remb. 2023	%
R20A	Pression positive continue pour apnée du sommeil	47 155 746 €	24,7%
	Autres prestations	143 610 294 €	75,3%
	Total LPP	190 766 040 €	100,0%

Mme SOUFFLARD observe qu'au sein du poste de dépense R20A PPC, le forfait de télé suivi 9.TL1 et son forfait initial représentent 89,2% du montant des dépenses de la PPC.

Code LPP	Libellé	Montant Remb 2023	%
1187880	PATIENT TELESUIVI (+ DE 112 H), FORFAIT HEBDO 9.TL1	39 349 068	83,4%
1132608	PHASE INITIALE, FORFAIT HEBDO 9.INI.	2 717 895	5,8%
1115455	PATIENT TELESUIVI (56 H - 112 H), FORFAIT HEBDO 9.TL2	2 425 923	5,1%
	Autres PPC	2 662 860	5,6%
	Total dépenses PPC 2023	47 155 746	100%

M. LEROUX attire l'attention sur le meilleur dépistage du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (Sahos) facilité par l'ouverture du droit de prescription d'un traitement PPC aux médecins généralistes ayant suivi une formation spécifique sur les troubles du sommeil. De fait, l'amélioration de la prise en charge des patients concourt à un accroissement des traitements par PPC.

M. SIBE et M. LEROUX témoignent de la bonne observance des patients qui se traduit par le faible pourcentage de facturation du forfait hebdomadaire télé suivi 9.TL2 (5,8% contre 83,4% pour le forfait 9.TL1 qui est facturé lorsque l'observance du patient a été d'au moins 112 heures au cours de la période de quatre semaines).

En outre, M. LEROUX souligne l'intérêt de la mise en place du télé suivi des données d'utilisation de la machine qui permet au prestataire d'accompagner le patient tout au long de son traitement et d'intervenir au bon moment (ce qui peut entraîner le retrait éventuel du dispositif en accord avec le prescripteur si le patient ne s'en sert pas ou mal).

Pour conclure, M. SIBE suggère de suivre le nombre de nouveaux patients afin d'évaluer le développement de la prise en charge du SAHOS dont la PPC constitue le principal traitement.

4.3 DEPENSES AU 31 DECEMBRE 2023 | FOCUS AUTO-TRAITEMENT DU DIABETE

Après quoi, Mme SOUFFLARD poursuit par le second focus portant sur les prestations de la classe H20A « Auto-traitement du diabète, pompes externes » qui met en évidence l'arrivée de nouveaux dispositifs et qui se traduit par le recul des boucles ouvertes au profit des boucles semi-fermées.

M. LEROUX attire l'attention sur l'importance de la formation du patient et du suivi assuré par le prestataire. L'arrivée de nouveaux dispositifs tel qu'OMNIPOD 5 nécessite aux personnels qualifiés de se former régulièrement afin d'accompagner en toute sécurité les patients et complique, par ailleurs, l'organisation des structures. Aussi, M. LEROUX déplore les baisses tarifaires des prises en charge qui ne tiennent pas compte des difficultés d'utilisation rencontrées par les patients et du travail nécessaire pour vérifier les bonnes pratiques et déceler les éventuels mésusages du dispositif. Toutefois, M. LEROUX confirme que ce type de technologie convient parfaitement à une patientèle à l'aise avec le digital.

A l'appui de cet exemple, M. DE SOUSA reproche l'absence de statut clair et adapté aux réalités quotidiennes de la profession et met en évidence la nécessité de reconnaître les prestataires comme des acteurs de santé à part entière. Contrairement à une délivrance au comptoir chez le pharmacien, les déplacements au domicile des patients permettent de maintenir l'humain au centre de la relation avec le patient et apporte des garanties supplémentaires en matière de sécurité et de l'observance des traitements.

4.4 DEPENSES AU 31 DECEMBRE 2023 | FOCUS PERF A DOM

Mme SOUFFLARD présente le focus lié aux dépenses de Perf à Dom précisant que les prestations ciblées appartiennent aux classes thérapeutiques suivantes :

- T10A : Perfusion à domicile, diffuseur portable et divers ;
- T20A : Perfusion à domicile, pompes externes sauf insuline ;
- T20B : Perfusion à domicile, pompes externes sauf insuline, consommables.

Mme SOUFFLARD indique que l'augmentation des dépenses de Perfadom coïncident avec la progression du nombre de patients traités.

M. GENET met en évidence la prévalence des systèmes actifs électriques et le faible recours à la perfusion par gravité.

M. DE SOUSA confirme le choix de ce mode de perfusion au regard des situations médicales des patients concernés et rappelle que la prise en charge à domicile contribue activement à l'allègement des coûts du système hospitalier.

A l'issue de la présentation des focus, Mme SOUFFLARD interroge les membres de la profession sur la pertinence de réaliser ce type d'étude ciblée.

La profession atteste de l'intérêt d'avoir ces données affinées afin d'analyser plus précisément l'évolution de certaines prestations.

Dans la perspective de la prochaine Commission, Mme SOUFFLARD enjoint les membres de la profession à lui remonter les postes de dépenses pour lesquels ils souhaiteraient obtenir un focus.

5 DEPENSES AU 30/6/2024

Concernant l'évolution des dépenses, Mme SOUFFLARD termine en indiquant que les dépenses LPP des prestataires du 1^{er} semestre 2024 comparées à celles du 1^{er} semestre 2023 progressent au même rythme en région et au national :

- +9,3% en région ;
- +9,0% au national.

➔ L'annexe 3 apporte des précisions sur les prestations de chaque poste de dépenses.

6 INFORMATIONS A LA PROFESSION

6.1 NOUVEAU TELE-SERVICE « APNEE DU SOMMEIL » SUR AMELIPRO

Mme SOUFFLARD signale la rénovation depuis le 17 juin dernier de la procédure de demande d'accord préalable (DAP) pour le traitement par pression positive continue (PPC) ou par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) pour les patients de 16 ans ou plus ayant un syndrome d'apnées ou d'hypoapnées du sommeil.

En effet, la CNAM a développé une version dématérialisée de DAP PPC-OAM au travers d'un nouvel téléservice d'ameli.pro accessible actuellement aux seuls médecins libéraux.

Cet outil inclut un arbre de décision pour accompagner le prescripteur en le guidant notamment dans le choix entre PPC et orthèse d'avancée mandibulaire conformément aux indications HAS.

Un algorithme construit avec le concours de pneumologues de la Fédération française de pneumologie reprend les critères réglementaires autorisant la prise en charge des traitements par PPC ou OAM et permet au prescripteur d'obtenir :

- ↳ un avis favorable rendu immédiatement, si les éléments renseignés dans la DAP répondent aux conditions de prise en charge. Une prescription de traitement par PPC ou OAM est alors immédiatement générée et porte mention de l'accord de prise en charge du service médical ;
- ↳ un avis différé, dans le cas contraire. Sur la prescription, il sera alors indiqué que la prise en charge est soumise à l'accord du service médical. La décision est ensuite envoyée à l'assuré sous 15 jours (qui suivent la réception de la DAP par le service médical) et un mail est envoyé au prescripteur pour l'informer la décision notifiée à son patient.

Mme SOUFFLARD rappelle que les fournisseurs sont tenus de s'assurer que l'accord du service du contrôle médical autorisant la prise en charge du traitement PPC ou AOM par l'assurance maladie a été donné.

Aussi, les consignes relatives aux pièces justificatives à fournir doivent désormais être appliquées par les fournisseurs :

- ↳ Pour les DAP PPC-OAM d'instauration de traitement (demande initiale), délivrance avec prise en charge à l'aide des pièces justificatives suivantes :
 - la prescription signée par le prescripteur, issue du téléservice DAP PPC-OAM, qui comporte mention de l'accord et un numéro unique de DAP ;
 - ou la prescription signée par le prescripteur, issue du téléservice DAP PPC-OAM, qui mentionne que son exécution est soumise à accord du service médical et qui comporte un numéro unique de DAP accompagné de l'accord de prise en charge notifié par l'Assurance Maladie à l'assuré (avis différé) ;
 - ou la DAP papier signée par le prescripteur accompagné de l'accord de prise en charge notifié par l'Assurance Maladie à l'assuré.
- ↳ Pour les DAP PPC-OAM de renouvellement de traitement, délivrance avec prise en charge à l'aide des pièces justificatives suivantes :
 - délivrance immédiate sur la base de la prescription signée par le prescripteur, issue du téléservice DAP PPC-OAM, qui comporte la mention de l'accord et un numéro unique de DAP ;
 - délivrance suite à l'écoulement du délai de 15 jours (à compter de la réception de la DAP par l'Assurance Maladie), à l'issue duquel l'accord est implicite : prescription issue du téléservice indiquant que la prise en charge est soumise à l'accord du Service Médical ou DAP papier signée par le prescripteur.

Pour terminer, Mme SOUFFLARD ajoute qu'au 1^{er} janvier 2025, les médecins libéraux auront obligation d'utiliser le téléservice d'ameli.pro.

En réponse à la question de M. SIBE, M. GENET indique l'utilisation du téléservice d'ameli.pro par les praticiens hospitaliers devrait se profiler à l'horizon 2026. Dans l'attente de cette perspective, M. GENET concède que plus de 50% des DAP seront encore en version papier.

6.2 AIDES FSE ET SCOR | ANNEE 2023 (VERSEMENT MARS 2024)

Mme SOUFFLARD fait un point sur le versement des aides FSE et SCOR.

Département	Aides FSE Nombre de versements FFS 300€ ou 450€	Aides SCOR Nombre de versements IFT 90€
Calvados	5	13
Manche	11	14
Orne	0	0
Eure	6	10
Seine-Maritime	13	28
Total Région	35	65

Mme SOUFFLARD indique que le nombre d'aides versées en région est en progression comparé à l'année 2022 où l'on dénombrait le versement de 26 aides FSE et aucune aide SCOR.

Mme SOUFFLARD rappelle qu'une seule aide est possible par professionnel, en tant que personne morale, et par région. En effet, les professionnels ayant plusieurs sites d'exercice professionnel dans une même région, ont l'obligation d'avoir déclaré leur site référent régional à la caisse primaire de rattachement de ce site.

Mme SOUFFLARD conclut en précisant que la marche à suivre pour obtenir une carte CPS auprès de l'Agence du Numérique en Santé est présentée dans la diapositive suivante :

La télétransmission (SESAM Vitale _FSE)

Pour télétransmettre des feuilles de soins électroniques (FSE), vous avez besoin d'une carte de la famille CPS et d'un équipement informatique adapté.

Pour obtenir votre carte CPS, vous devez faire la démarche auprès de l'Agence du Numérique en Santé (ANS).

Pour toute souscription auprès de l'ANS, vous devez envoyer par email à monserviceclient.cartes@esante.gouv.fr

- le [Contrat d'adhésion aux services de l'Agence du Numérique en Santé relatifs aux moyens d'identification électronique](#)
- le [formulaire de commande de carte pour le représentant légal d'une structure \(F101\)](#)
- Une pièce d'identité
- Un extrait du K-bis datant de moins de 3 mois et mentionnant le nom du représentant légal

Vous pouvez contacter le centre de la relation client de l'ANS :

- au **0 806 800 213** (appel gratuit + prix appel)
- via le formulaire de contact en ligne <https://esante.gouv.fr/contact>

6.3 PLAN D'ACTION VERS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

En introduction, Mme SOUFFLARD rappelle que le renforcement des garanties de qualité, de bonnes pratiques et de bon usage de la profession s'opère déjà progressivement au travers de la certification.

D'un autre côté, suite à divers signalements en région de pratiques discutables de certains prestataires, il a été jugé nécessaire d'agir en vue de mieux encadrer la coordination des sorties d'hospitalisation et de garantir ainsi l'indépendance et la pertinence de l'évaluation des besoins et des prescriptions.

Aussi, Mme SOUFFLARD annonce la mise en place d'un groupe régional de travail piloté par la Direction de Coordination de Gestion Du Risque de Normandie (DCGDR) portant sur la relation entre les établissements de santé et les prestataires de services et distributeurs de matériel.

Mme SOUFFLARD explique que l'objectif de cette mission est d'élaborer un plan d'action auprès des établissements de santé concernant leurs relations avec les prestataires de dispositifs médicaux.

Les propositions de ce groupe de travail sont, entre autres, de mettre à disposition des établissements de santé une boîte à outils comportant :

- Un autodiagnostic sous forme d'un questionnaire ;
- Une charte type encadrant les relations avec les prestataires avec pour triple objectif de réguler l'intervention des prestataires dans l'établissement de santé, favoriser la pertinence de la prescription et à garantir la liberté de choix des patients ;
- L'élaboration d'un mémo à destination des médecins afin de leur rappeler leurs obligations en matière de prescription de dispositif médicaux.

Mme SOUFFLARD ajoute, qu'à l'heure actuelle, les préconisations d'actions à mettre en place ne sont pas validées. Dans un premier temps, une expérimentation est envisagée auprès de trois établissements test. Mme SOUFFLARD termine cette présentation en précisant que la mise en œuvre du plan d'actions devrait débuter en 2025.

Interrogé par M. DE SOUSA concernant les parties signataires de cette charte, M. GENET précise qu'il s'agira vraisemblablement d'un engagement tripartite Établissement de santé, Prestataire et Assurance Maladie à l'instar de ce qu'il existe déjà dans certaines régions.

Bien qu'il soit convaincu par la nécessité de réguler la relation entre les établissements de santé et les prestataires, M. DE SOUSA alerte sur l'équilibre de cette relation. M. DE SOUSA explique que certains établissements de santé introduisent souvent des obligations discriminatoires visant à exclure de fait certains prestataires qui sont dans l'incapacité de répondre aux exigences réclamées par la charte proposée par l'établissement. D'autre part, M. DE SOUSA s'étonne de cette initiative jugeant que les garanties de qualité et de bonnes pratiques apportées par la certification sont suffisantes.

Toutefois, M. LEROUX concède que la signature d'une charte est parfois motivée par la volonté de réguler les pratiques de promotion des prestataires présents en trop grand nombre dans certains établissements.

Pour conclure, Mme SOUFFLARD précise qu'elle ne manquera pas d'informer la profession de l'avancée des travaux et des actions mises en œuvre par cette mission régionale.

7 QUESTIONS DIVERSES

7.1 DIFFICULTES D'ACCES A UN MEDECIN TRAITANT | RENOUVELLEMENT DES TRAITEMENTS

M. DE SOUSA rappelle les difficultés rencontrées par les patients pour renouveler leur traitement en raison de l'offre médicale insuffisante dans certains territoires et les conséquences de cette situation en termes de responsabilité supportée par les prestataires en matière de maintien ou d'arrêt de la mise à disposition des dispositifs médicaux nécessaires à la santé du patient.

De plus, M. LEROUX ajoute que cette problématique de renouvellement des prescriptions touche également d'autres acteurs du système de santé tels que les infirmiers.

M. DE SOUSA regrette que les organismes d'Assurance Maladie appliquent de façon stricte la réglementation, en refusant de prendre en charge les périodes de location non couvertes par une prescription, sans tenir compte du contexte difficile qui empêche les patients d'obtenir le renouvellement de la prescription de leur traitement.

Aussi, M. DE SOUSA plaide en faveur de la mise en place de mesures comparables aux dérogations accordées dans le cadre de la crise sanitaire provoquée par la COVID-19.

M. GENET indique qu'il existe qu'une seule dérogation pour l'oxygénothérapie. L'initialisation des traitements d'oxygénothérapie à long terme intervient le plus souvent avant que la demande d'accord préalable valant prescription ne soit formulée. En effet, les patients concernés doivent être pris en charge immédiatement, dès que le diagnostic et les indications de l'oxygénothérapie sont posés.

M. LAMENDOLA fait remarquer que les dispositifs mis en place pendant la crise sanitaire n'ont pas vocation à être pérennisés et souligne les conséquences sur les dépenses publiques et les abus constatés.

Par ailleurs, M. LAMENDOLA témoigne de la mobilisation des pouvoirs publics pour lutter contre les difficultés liées à la désertification médicale, notamment à travers :

- de la délégation de tâches aux infirmiers en pratique avancée, aux sages-femmes, aux pharmaciens (telles que la vaccination, le dépistage des cystites) ;
- de la mise en place du service d'accès aux soins (SAS) qui permet aux usagers sans médecin traitant d'obtenir une consultation avec un médecin généraliste pour des soins urgents non-vitaux ;
- d'action vers les assurés en affection de longue durée sans médecin traitant afin de les accompagner à trouver un médecin traitant ;
- du déploiement sur l'ensemble du territoire des MSP et CPTS (structure en exercice coordonné) ce qui contribue à fluidifier la prise en charge des patients.

De plus, des initiatives innovantes sont mises place. A cet égard, M. LAMENDOLA cite le lancement le 2 avril dernier d'un medicobus sur le territoire de santé de Dieppe. Ce dispositif s'adresse prioritairement aux personnes qui n'ont pas de médecin traitant ou qui ne parviennent pas à accéder à un médecin généraliste. Il s'agit d'une équipe composée d'une dizaine de médecins retraités qui assurent des consultations en alternance pour couvrir le secteur de Dieppe.

7.2 DATE DE LA PROCHAINE COMMISSION

Mme SOUFFLARD propose d'organiser la prochaine Commission le :

- ✓ Mardi **4 novembre 2025**,
- ✓ **10h en séance plénière** (9h30 pour la concertation de chaque section) ;
- ✓ CPAM, siège de Rouen.

La séance est levée à 11h40.

Le Président

Le Vice-président

Antoine DE SOUSA

Patrick LAMENDOLA

**Caisse Primaire d'Assurance Maladie
Rouen Elbeuf Dieppe ~ Seine-Maritime
CS 76039
76039 Rouen Cedex 1**