Sommaire du BIPP n° 37 - Octobre 2003

Editorial : résistance - Yves Froger

Ce qui est prévu pour les psychiatres dans l'arrêté modifiant le Règlement Conventionnel Minimal

Lettre à J.-F. Mattéi - Antoine Besse

Cohérence - Jean-Jacques Laboutière

Lettre aux adhérents - Yves Froger

Lettre aux directeurs de caisses - Yves Froger

Régions

- **Elections régionales - Yves Froger**
- **Région PACA**

Résistance

Yves Froger

18 mois de conflit, d'action syndicale, de protestations véhémentes n'ont pas été suffisants pour infléchir les positions du Ministre de la Santé M. Matteï qui vient de s'engager à ne rien proposer de consistant aux spécialistes libéraux.

La modification du R.C.M. était l'occasion de signifier aux spécialistes cliniques du secteur I dont font partie les psychiatres, par le geste politique fort que nous réclamions, la volonté gouvernementale de rétablir un peu d'équité dans un système profondément inégalitaire qui pénalise directement les praticiens de secteur I et leurs patients.

Nous avons rencontré un conseiller technique au ministère M. Lucbereihl, le chargé de mission pour la psychiatrie, le Dr Philippe Clery-Melin, et enfin le Ministre lui-même quand il a reçu une délégation des États Généraux. Tous ces entretiens nous ont permis de réaffirmer nos exigences de revalorisation du Cpsy à 50 euros, du maintien d'une cotation unique pour notre acte, de la nécessité d'un espace de liberté tarifaire, du respect des spécificités de notre pratique notamment la psychothérapie et du temps nécessaire à son déroulement. Autant de raisons de nous être engagés massivement dans le mouvement de protestation aux côtés de nos autres collègues.

N’oublions pas que de nombreux psychiatres revendiquant un peu de liberté et une plus juste et légitime rémunération de leur travail, par l’utilisation élargie mais avec tact du D.E., sont maintenant sanctionnés par leurs C.P.A.M. qui suspendent les participations des Caisses aux charges sociales des praticiens.

Jamais le front du refus d’une situation devenue intolérable n’avait entraîné de telles attitudes.

N’oublions pas non plus les mouvements de déconventionnement pour imposer la reprise de négociation conventionnelle propre à rétablir pour les médecins des conditions de travail et de rémunération dignes pour la profession.

Tout ceci pour rien. M. Matteï nous oppose une fin de non-recevoir qui n’est pas sans rappeler celle de M. Spaëth en janvier dernier. La convergence de leurs attitudes ne manque pas de nous interroger quant au projet des tutelles pour la médecine spécialisée libérale en général et la psychiatrie en particulier.

Tout comme les exigences de J.-M. Spaëth en janvier dernier, lors de la pseudo-négociation conventionnelle, la rédaction de l’avenant du R.C.M. par M. Matteï renforce la tutelle de l’État. Plutôt que d’augmenter le Cpsy (ou le Cs) M. Matteï a fait appel à un artifice très compliqué appelé majoration forfaitaire transitoire, non cumulable avec le D.E. et ayant précisément pour but principal d’en limiter l’utilisation. C’est-à-dire que M. Matteï verrouille encore un peu plus le dispositif conventionnel sur lequel repose notre mouvement de protestation. Il se fait ainsi l’allié des Caisses pour forcer les protestataires à la capitulation.

Nous touchons là le point capital auquel nous sommes arrivés sous l’impulsion de M. Spaëth dans un premier temps et du Ministre ensuite avec la complicité du président de la CSMF, M. Chassang, ce qui nous a amenés à rompre avec la CSMF.

Nous percevons bien à quel point l’enjeu majeur du mouvement devient le refus de toute tentative d’inféodation. Nous avons rejeté le relevé de conclusion du 10 janvier pour cette raison, de la même façon nous choisissons d’ignorer cet avenant du R.C.M., comme bon nombre d’entre nous l’ont fait en août 1999 refusant la télétransmission. Notons enfin que ce refus de revaloriser le CPsy n’est pas de bon augure avant le début des négociations pour la mise en place de la future CCAM des actes cliniques que nous aborderons avec un Cpsy à 34,30. Le qualificatif de transitoire pour cette majoration trouve sans doute ici toute sa justification.

Nous n’avons donc aucune raison d’abandonner la contestation, et le risque le plus important actuellement est peut-être que la parution de cet avenant du R.C.M. nous divise. Ne nous méprenons pas, bien plus qu’aux impératifs économiques et financiers qui nous sont opposés de façon incontournable, c’est à une reprise en main idéologique qu’obéit cette stratégie conjointe de la CNAM-TS et du Ministère de la Santé qui poursuivent l’objectif d’encadrer, de rationaliser, de rendre totalement transparente, de protocolariser notre pratique médicale. Aucun acte, pas même la plus infime partie de nos actes (cf. PMSI) ne doit échapper à ce contrôle qui réduit à néant toute initiative personnelle et remet en question l’idée même de l’engagement thérapeutique du médecin. Quel espace reste-t-il pour une psychothérapie, quelle qu’elle soit, quand tout est codifié, le début, le nombre de séances et le but à atteindre ?

" Homme libre toujours tu chériras… ".

C’est bien d’un combat pour notre liberté de penser et d’agir dans toutes les dimensions de notre pratique qu’il s’agit.

Nous devons donc rester mobilisés et poursuivre notre mouvement de protestation sous toutes les formes possibles.

1) Le plus cohérent serait de ne jamais coter M.P.C., y compris dans les cas où nous ne prenons pas de D.E. Cela permet à nos collègues du secteur II de participer au mouvement. Enfin et surtout, nous signifions sans ambiguïté à M. Matteï que nous rejetons son texte. Les premiers échos que nous avons montrent que cette

attitude ne fait pas l'unanimité chez les plus actifs. C'est donc au cours des réunions locales que devra être déterminé le mode de rejet du R.C.M., rejet qui reste un impératif absolu…

2) Poursuite de l'utilisation la plus large possible du D.E. malgré les décisions de sanction des Caisses. Nous savons maintenant que la revendication de notre liberté, dans toutes ses dimensions, passe par cet espace de liberté tarifaire symbolisé actuellement par l'utilisation élargie du D.E. que les tutelles nous refusent. C'est pourquoi nous avons demandé à nos conseillers juridiques de développer pour nous les arguments nous permettant de contester ces sanctions devant le Tribunal Administratif. Nous tiendrons ces dossiers à votre disposition dès qu'ils seront prêts. Enfin, nous réfléchissons aussi à des dispositifs valides tant sur le plan légal que sur le plan fiscal pour collecter des fonds et manifester très concrètement la solidarité de tous les psychiatres libéraux à l'égard des quelques psychiatres arbitrairement sanctionnés. Le soutien et la défense de nos collègues sanctionnés doivent constituer la priorité de notre action syndicale. C'est en leur permettant de continuer à utiliser très largement le D.E. que nous remporterons le combat syndical.

3) La demande de passage en secteur II (cf. lettre aux adhérents).

4) La grève de la télétransmission.

5) La multiplication des actions juridiques et notamment la contestation du R.C.M. qui ne respecte pas l'égalité des praticiens et donc l'égalité de soins pour les patients, et qui ne prend pas en compte l'évolution vertigineuse des charges professionnelles des praticiens ne leur permettant plus de soigner les patients dans les meilleures conditions et de faire face aux obligations déontologiques.

Toutes ces actions nécessitent une large adhésion au niveau local afin que les médecins sanctionnés soient assurés de la défense solidaire de leurs collègues.

Au moment où se profilent la réforme de l'Assurance Maladie et la mise en place de la future CCAM des actes cliniques, nous devons nous imposer au rang des interlocuteurs incontournables.

Ne perdons donc pas de vue notre objectif d'une convention unique pour tout le corps médical. Convention unique signifie aussi secteur unique, et le projet de secteur unique à honoraires modulables élaboré par la FMF nous paraît actuellement le plus cohérent et le plus adapté. Cela suppose la reprise de négociations conventionnelles sous l'égide de syndicats réellement représentatifs.

La signature d'une convention dignement négociée reste le seul moyen d'échapper à toutes les tentatives d'aliénation des tutelles.

Yves FROGER

Ce qui est prévu pour les psychiatres dans l'arrêté modifiant le Règlement Conventionnel Minimal

Création d'une majoration forfaitaire transitoire de 2,70 € affectée au CNPSY.

- Cette majoration forfaitaire est identifiée sous le code MPC " Majoration Provisoire Clinicien " et n'est pas cumulable avec l'application du dépassement pour circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE).

- Mesures transitoires dans l'attente de la mise en place effective de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) prévue au 1er janvier 2005.

- Concerne uniquement les médecins de secteur I. Par dérogation, les praticiens en secteur II peuvent bénéficier de la majoration forfaitaire transitoire pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la CMU.

La participation des caisses aux cotisations sociales pour tous les spécialistes de secteur I devient la suivante :

- Jusqu'au 31 août 2003

  ASV 56,7 % AM : 8,2 % AF : 4,3 % sous plafond et 2,5 % au dessus.

- Du 1er septembre 2003 au 31 décembre 2004

  ASV 63,3 % AM : 9,2 % AF : 4,8 % sous plafond et 2,8 % au dessus.

- À l'issue de cette période et en l'absence de convention signée, les taux applicables seront ceux mentionnés au premier tableau.

Les médecins spécialistes du secteur I devront prescrire en dénomination commune internationale.

Lettre à Jean-François Mattéi

Antoine Besse

Paris, le 13 octobre 2003

Monsieur Jean-François MATTEI
Ministre de la Santé, de la Famille
et des Personnes Handicapées
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP

Monsieur le Ministre,

C’est avec consternation dans un premier temps, et colère dans un second temps que nous venons de prendre connaissance des nouvelles dispositions que vous envisagez pour la psychiatrie dans l’avenant du R.C.M.

Nous vous avons adressé de multiples courriers, nous avons rencontré votre conseiller technique Monsieur Lucbereihl et votre chargé de mission Monsieur Clery-Melin, enfin vous avez reçu une délégation des Etats Généraux de la Psychiatrie début juillet.

Ainsi, nous avons à chaque fois rappelé nos revendications de revalorisation du CPsy à 50 euros, ou à défaut l’aménagement d’un espace de liberté tarifaire à même de permettre aux psychiatres de secteur I de retrouver des revenus décents.

Force est de constater que vous avez choisi d’ignorer ces revendications alors que vous aviez qualifié notre spécialité de sinistrée.

Pire même, vous proposez un artifice sous forme de majoration forfaitaire transitoire, non cumulable avec le D.E., ce qui revient à limiter l’usage déjà très restreint de cette disposition conventionnelle.

Enfin, nous remarquons aussi que cette majoration du CPsy d’une valeur de 7,8 %, comparée à la majoration de 9,3 % du Cs des autres spécialistes ne fait qu’accroître l’écart avec le reste de nos collègues.

Vous avez donc choisi de poursuivre avec le même acharnement le travail de destruction de la psychiatrie libérale entamé par le président de la CNAM dans son refus des négociations conventionnelles.

Dans ces conditions vous ne nous laissez pas d’autre choix que celui de poursuivre avec la même ténacité notre mouvement de protestation.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, en l’expression de notre haute considération.

Antoine BESSE
Président de l'AFPEP-SNPP

Cohérence

Jean-Jacques Laboutière

Après la mise en place du Règlement Conventionnel Minimum en 1998, l’avenant du R.C.M. de septembre 2003 signe donc pour la deuxième fois l’échec des négociations conventionnelles pour les spécialistes.

Ce n’est pas aux psychiatres qu’il faut apprendre que, quand l’histoire se met à balbutier ainsi, les explications strictement conjoncturelles ne peuvent suffire à comprendre ; il devient impératif de s’intéresser à la structure afin de tenter de repérer quelles forces souterraines sont à l’origine de la répétition.

La structure à laquelle nous avons affaire est la Convention elle-même. Cela signifie-t-il qu’elle soit condamnée ? Faut-il envisager de passer à un autre système ou bien, y sommes nous déjà passés à notre insu ? Que faudrait-il alors proposer pour maintenir la viabilité de la médecine libérale ? Autant de questions auxquelles il est désormais urgent de confronter la réflexion syndicale parallèlement aux actions concrètes destinées à regagner un niveau d’honoraires décents.

Convention Nationale et spécialités libérales

Mise en place par la loi du 3 juillet 1971, au terme d’un travail parlementaire dont l’initiative préalable revient conjointement à la CSMF et à la CNAM-TS, alors pilotée par le syndicat Force Ouvrière, la Convention Nationale régit depuis cette époque les rapports entre les médecins libéraux et les trois Caisses Nationales d’Assurance Maladie (CNAM-TS, M.S.A. et CANAM), issues de la réforme de la Sécurité Sociale de 1967.

Il n’est pas sans importance, puisque l’on parle actuellement beaucoup de décentralisation, de noter d’emblée que cette convention s’inscrivait dans un mouvement - alors très affirmé - de centralisation ; elle visait à réorganiser à l’échelon national un système jusque-là essentiellement départemental, préalablement consacré par la convention de 1961.

Le texte de loi prévoyait que cette Convention Nationale soit régulièrement renégociée tous les quatre ans. Commencé en 2002, c’est donc le huitième cycle de négociations qui vient de se clore, et le second qui échoue à donner une convention aux spécialistes, tout comme celui de 1997-1998.

Un rapide retour sur l’histoire conventionnelle permet d’emblée de mettre en évidence deux tendances lourdes du fonctionnement conventionnel :

- Reprenant l’esprit de la convention départementale de 1961, le pacte fondamental de la Convention Nationale était basé sur l’échange suivant : les praticiens libéraux renonçaient à leur liberté d’honoraire, en contrepartie de quoi les Caisses d’Assurance Maladie s’obligeaient à maintenir leur rémunération (que ce soit à travers le niveau d’honoraires ou la prise en charge de leurs cotisations sociales) à un niveau suffisant pour assurer la meilleure qualité des soins. Or ce pacte n’a jamais été vraiment respecté par les Caisses.

- En dépit de toutes les dénégations, les pouvoirs publics ont toujours cherché à promouvoir un système de soins de première ligne au détriment de la médecine libérale de spécialité.

Le premier point est devenu crucial dès les négociations de la 3ème Convention Nationale et s’est soldé par la mise en place du secteur II en 1981, supposé régler la question du montant des honoraires pour les spécialistes, du moins jusqu’à sa fermeture en 1989.

L’évolution des honoraires depuis cette époque est assez évidente pour n’appeler aucun commentaire supplémentaire : le constat de la défaillance des Caisses au regard de leurs engagements envers les médecins libéraux s’impose de lui-même.

Le second point est tout aussi visible. Il s'affirme clairement à partir des négociations de la 5ème Convention quand Claude Évin, Ministre de la Santé, admet de manière totalement illégale en 1989 un syndicat de généralistes, MG-France, à la table des négociations. Légalisant ce coup de force six mois plus tard par un 49.3 à l'Assemblée Nationale, il fait voter du même coup la possibilité de conventions séparées pour les généralistes et les spécialistes. L'annulation de cette 5ème Convention par le Conseil d'État en 1992 ne pourra rien changer à ce qui a été ainsi inscrit par force dans la loi.

Après la relative accalmie apportée par la 6ème Convention de 1993 – à laquelle les spécialistes doivent leurs dernières augmentations conventionnelles d'honoraires, mais qui a été assassinée par les ordonnances Juppé-Barrot du 24 avril 1996 – le principe de la division conventionnelle entre la médecine générale et la médecine de spécialités sera donc systématiquement imposé à partir des négociations de la 7ème Convention Nationale en 1997. Depuis lors, observons que les spécialistes n'ont plus de convention, mais uniquement un R.C.M.…

Parallèlement, le nombre de spécialistes en formation a été diminué de telle manière que l'on ne s'y serait pas pris autrement si l'on avait délibérément voulu instaurer la pénurie de ces derniers, ou bien les réserver au seul service public.

Il ne fait donc aucun doute que cette différence de traitement entre généralistes et spécialistes n'est pas un accident de l'histoire mais traduit bien une volonté délibérée et ancienne de la puissance publique de réserver ses faveurs à la seule médecine libérale dite "de première ligne". En tant que spécialistes cliniciens, nous ne devons pas nous laisser aveugler par le fait que nos confrères dont l'exercice repose sur des diagnostics ou des traitements impliquant des techniques coûteuses demeurent financièrement plus favorisés que nous : ce sont bien tous les spécialistes libéraux qui sont menacés par ce mouvement.

L'histoire de la Convention Nationale nous pose donc une première question : nos tutelles accepteront-elles encore qu'il existe des spécialistes conventionnés ?

Vers une réforme de l'Assurance Maladie

Par ailleurs, cette histoire conventionnelle est elle-même prise dans l'évolution d'un contexte social et politique dont les tendances structurales ne doivent pas non plus être ignorées pour éclairer notre réflexion.

Au-delà des politiques nationales et des alternances gouvernementales, la société européenne est globalement emportée dans un mouvement de libéralisation économique qui, pour ce qui concerne l'Assurance Maladie, se traduit par au moins deux impératifs :

• d'une part diminuer autant que possible le financement lié au travail afin d'augmenter la productivité des entreprises, ce qui suppose une diminution des cotisations d'assurances maladies au bénéfice de la fiscalité (CSG) ;

• d'autre part, réinjecter le maximum de capitaux dans les circuits économiques non administrés, c'est-à-dire capitalistes : fonds de pension pour les retraites, assurances privées pour l'assurance maladie.

Le fait que le traité de Maastricht conserve une totale souveraineté à chaque état européen pour organiser son système de soins comme il l'entend ne constitue pas un rempart face à ce mouvement de fond ; il s'avère au contraire une arme redoutable pour permettre la réforme de la protection sociale si le pouvoir Politique national est convaincu de la nécessité de cette libéralisation, ce qui semble bien être le cas actuellement en France. En effet, personne ne peut plus douter que nous ne soyons à la veille d'une profonde réforme de notre système d'Assurance Maladie.

L'échec des négociations conventionnelles, la mise en place de l'avenant du RCM en septembre dernier, l'aval que la CSMF a tenu à donner à cet avenant alors qu'elle n'en avait pourtant aucune obligation, doivent se relire dans cette perspective. Dès lors, il devient évident que les intérêts des médecins spécialistes ont été

sacrifiés à la réalisation du plus important des préalables de cette réforme : la constitution d'une triple alliance entre le Ministère de la Santé, la CFDT et le MEDEF qui pilotent la CNAM-TS et la CSMF, afin d'assurer autant que possible la mise en place de cette réforme.

Nul n'est besoin d'être prophète pour savoir quels seront les principes de cette réforme puisqu'ils découlent mécaniquement des principes mêmes de l'économie libérale et qu'ils sont déjà à l'œuvre dans les pays qui ont déjà fait ce choix. Ils tiennent en peu de points : maintenir autant que possible la dépense socialisée de l'Assurance Maladie, c'est-à-dire la part de la Sécurité Sociale, autour de 6 ou 7 % du PIB (au lieu de plus de 10 % actuellement) ; réserver cette part au gros risque sanitaire par l'introduction du panier de soins ; transférer la prise en charge du petit risque aux assurances privées pour les populations solvables qui devront payer ainsi cette part des soins ; administrer rigoureusement la prise en charge socialisée des populations insolvables, au risque de les exclure parfois des soins dont ils auraient besoin.

Or l'on voit que ces quelques principes font immédiatement peser plusieurs contraintes très fortes sur la médecine libérale spécialisée :

Dès lors que le système de soins est organisé autour de la distinction radicale entre le gros risque et le petit risque, le périmètre d'intervention de la médecine spécialisé ne peut que tendre à se réduire à la prise en charge du gros risque.

La distinction entre gros et petit risque ne peut que reposer sur le système de soins de première ligne, a priori non spécialisé, non seulement parce qu'il est supposé recevoir toutes les demandes, mais surtout parce qu'il est seul juge du point à partir duquel son niveau de compétence est dépassé. Le seul moyen de l'éviter est de mettre en place des protocoles ou des référentiels arbitrant ce partage des compétences.

Une médecine spécialisée libérale ne peut plus se justifier que dans la mesure où son fonctionnement apporte des avantages décisifs par rapport au système hospitalier public, que ce soit en termes d'économie de santé, de complémentarités de compétence ou de réactivité dans la réponse à la demande de soins.

Sans aller plus loin pour l'instant, il est donc d'ores et déjà évident que cette très probable réforme de l'Assurance Maladie va nous confronter à une autre question : sous quelles conditions une médecine spécialisée libérale pourra-t-elle se maintenir ?

Questions pour la psychiatrie libérale

En tant que spécialistes libéraux nous en sommes donc là : d'une part, une Convention Nationale dont le bénéfice, du fait de dénaturations successives sous la pression conjointe des Caisses et des Politiques de Santé, nous est refusé depuis maintenant cinq ans et pour au moins trois ans encore en l'absence de réforme de l'Assurance Maladie ; d'autre part l'annonce d'une réforme de l'Assurance Maladie dont les principes et les acteurs sont désormais connus et dont tout laisse craindre qu'elle ne subordonne la survie de l'exercice libéral de spécialité à de très fortes contraintes économiques et organisationnelles.

Mais en tant que psychiatres, que pouvons nous anticiper de tout cela pour notre exercice ?

À cet instant de la réflexion, le pire des dangers serait de nous obliger à anticiper des modifications de notre propre exercice à seule fin de nous adapter inconditionnellement aux évolutions du système. C'est précisément ce à quoi la CSMF a voulu nous obliger en janvier dernier, et c'est avant tout pour cela que nous l'avons quittée. La suite des négociations conventionnelles nous a montré que nous avons eu raison.

Au contraire, si nous devons faire évoluer nos modalités d'exercice, ces évolutions doivent se fonder uniquement sur les impératifs techniques et éthiques de notre pratique, et sur les élaborations théoriques qui les sous-tendent. Il importe donc plus que jamais de revenir aux fondamentaux de notre exercice. Ce sont d'eux seuls que découleront les différentes directions des actions à mener sur le plan syndical.

Sécurité sociale et psychiatrie libérale

Sécurité sociale et assurances privées

Le désavantage social lié à la psychose, mais aussi à d'autres pathologies, ne peut laisser le psychiatre indifférent quant à la place que les assurances privées pourraient prendre dans le système de soins. En effet, non seulement l'impact négatif de la maladie sur la socialisation du patient fait redouter que ce dernier ne puisse financer ses cotisations, mais encore il est notoire que les assurances privées ont tendance à exclure tous les risques dont les incidences financières sont peu prévisibles, ce qui est exemplairement le cas des décompensations psychiques.

Le partage entre petit et grand risque permettra sans doute de maintenir les patients les plus sévèrement atteints dans le périmètre de la prise en charge de la Sécurité Sociale. Cependant la plus grande vigilance doit s'imposer ici car, du fait du polymorphisme clinique des pathologies tout autant que du caractère souvent imprévisible des évolutions, une répartition de la prise en charge entre Sécurité Sociale et Assurances Privées uniquement fondée sur les diagnostics n'aurait pas grand sens et pourrait être synonyme d'exclusion du soin.

Ces précautions ne s'appliquent pas uniquement aux pathologies les plus sévères. En effet, qui parmi nous, hormis ceux qui ont fait le choix de pratiquer exclusivement comme psychanalystes, oserait prétendre que la psychiatrie libérale aurait pu connaître le formidable essor qui a été le sien sans la Sécurité Sociale et sans la possibilité de remboursement des soins instaurée par la circulaire Sournia de 1974 ?

En assimilant la consultation et la séance de psychothérapie, cette circulaire a fait davantage que donner aux psychiatres privés la souplesse de fonctionnement indispensable à leur pratique. Elle a reconnu ce qui est l'essence même de l'acte du psychiatre : une consultation tout à fait spécifique, impliquant une dimension psychothérapique quand bien même cette consultation resterait isolée, et dont le cadre peut pourtant être celui d'une psychothérapie réglée.

Nous devons être lucides sur le fait que, quels que soient les griefs que nous pouvons légitimement faire aux Caisses d'Assurance Maladie à propos de la revalorisation de nos honoraires, c'est d'abord la culture de la Sécurité Sociale qui nous a permis de bénéficier de ce cadre, culture directement dérivée de celle du syndicalisme ouvrier et avant tout fondée sur la solidarité avant de songer au profit. En dépit des postures que peuvent prendre certaines mutuelles à visage social, il est évident que nous n'avons rien de tel à attendre des assurances privées.

Le maintien de la Sécurité Sociale comme pivot du financement de l'Assurance Maladie doit donc demeurer l'une de nos premières revendications.

Le SNPP a soutenu cette revendication par son implication dans le travail collectif des États Généraux de la Psychiatrie dont la première priorité a été l'instauration d'un budget spécifique pour la psychiatrie. Il continue de la soutenir en appelant à participer aux Comités Locaux des États Généraux qui sont en train de se constituer partout.

Sécurité sociale et dépassements d'honoraires

En revanche, nous sommes aussi régulièrement confrontés à des prises en charge dans le cadre desquelles la réussite du traitement est subordonnée à la capacité d'engagement du patient. Cet engagement se traduit notamment par la prise en charge financière des soins.

Le système actuel ne permet sur ce point que de fonctionner en tout ou rien, remboursement intégral, au ticket modérateur prêt, ou bien aucun remboursement – et encore cela n'est-il parfaitement légal que depuis que le SNPP a contribué à faire établir en 1981 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins une jurisprudence autorisant à ne pas faire de feuille de soins dans certains cas.

La possibilité pour le psychiatre de prendre dans ce cas un dépassement adapté aux capacités contributives du patient constitueraient sans doute un progrès technique au regard de la réglementation actuelle, allant objectivement dans le sens de l'amélioration de l'efficacité des soins.

Toutefois, ce progrès n'aurait de sens que dans la mesure où le tarif opposable de la consultation psychiatrique serait lui-même suffisant pour que le praticien ne soit pas économiquement acculé à prendre systématiquement des dépassements, comme cela est actuellement le cas.

En effet, tant que la CNAM-TS, qui donne le ton des trois Caisses d'Assurances Maladie dans les négociations conventionnelles, s'obstinera à maintenir les tarifs opposables au niveau ridiculement bas où ils sont actuellement tombés, aucun espace de liberté tarifaire ne peut prétendre satisfaire une nécessité technique et aller dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins puisqu'il ne s'agit alors pour les praticiens que de survie, ce dont la légitimité ne se discute évidemment pas.

Parmi toutes les propositions qui circulent actuellement dans l'espace syndical, le secteur unique proposé par la F.M.F. représente sans doute ce qui se rapprocherait le plus de notre conception des choses. Il suppose par définition la suppression du secteur II, qui sert trop largement d'alibi aux Caisses pour refuser de relever les tarifs opposables des spécialistes, et permettrait aux psychiatres d'introduire l'espace de liberté tarifaire dont ils auraient besoin pour des raisons techniques.

Cette question s'articule en outre directement à la question de la psychothérapie du psychiatre, à propos de laquelle il nous faut reprendre, poursuivre et intensifier tous les travaux réalisés depuis 2001 au sein de l'AFPEP-SNPP (Séminaires sur les psychothérapies à Paris en mars 2001, à Avignon en juin 2002 ; aux Journées Nationales de Lorient en 2001 sur "le Métier de Psychiatre" et d'Avignon en 2002 sur "L'intime et l'argent").

Si, comme nous l'affirmons plus haut, le maintien de la Sécurité Sociale au cœur du dispositif de financement des soins demeure notre première revendication, la création d'un espace de liberté tarifaire est la seconde : il est indispensable à tous les praticiens dans les situations de crises telles que nous en connaissons actuellement pour survivre ; il est utile à l'efficacité des soins des psychiatres dans certains cas.

Nous soutenons actuellement cette revendication par le mot d'ordre de pratique du D.E. le plus large possible et de demande de passage en secteur II, qui nous semble à terme le meilleur moyen de faire accepter l'idée d'un secteur unique par les tutelles.

Sécurité sociale et convention

La Convention Nationale a-t-elle encore un sens pour régler les rapports entre les spécialistes et les Caisses si l'on nous en refuse systématiquement le bénéfice ? À l'évidence non.

Peut-on imaginer meilleur système que la Convention Nationale pour régir les rapports entre les médecins libéraux et les Caisses ? À l'évidence non.

Le paradoxe entre ces deux constats n'est qu'apparent. Comme le montre bien un bref retour sur l'histoire conventionnelle, c'est d'abord la division instaurée par la double convention généralistes – spécialistes qui prive les spécialistes de convention.

La convention ne peut survivre et ne garder son sens que si elle redevient une convention unique pour tous les médecins, généralistes comme spécialistes. Des volets spécifiques aux généralistes ou à certaines spécialités peuvent avoir leur intérêt, mais il doit y avoir une convention pour tous ou pour personne, sans quoi, c'est la convention elle-même qui est en danger de mort.

Le retour à une convention unique pour tous les médecins libéraux, admettant éventuellement des volets spécifiques pour certains modes d'exercices, est donc notre troisième revendication.

Le SNPP a affirmé son opposition aux dérives du système conventionnel actuel en quittant la CSMF. Il ne reviendra dans une centrale syndicale que sur la base de la revendication partagée d'une convention unique.

Accès au soin et psychiatrie libérale

De tous les principes défendus par le SNPP, l'accès aux soins pour tous est l'un des plus constants. Certains de nos adhérents s'étonneront donc sans doute de nous voir ainsi défendre l'idée d'un espace de liberté tarifaire qui peut paraître s'opposer directement à ce principe.

Il n'y a en fait aucune contradiction entre ces deux approches. En effet, s'agissant strictement de l'aspect financier de l'accès aux soins, il est clair que le mot d'ordre de dépassements ne concerne pas les patients les plus démunis, notamment ceux qui bénéficient de la CMU. En outre, les dépassements restent modérées, et en tout cas très en dessous de ce que nous estimons la juste valeur du CNPsy, soit 50 euros.

Mais le vrai problème de l'accès aux soins n'est pas financier en 2003.

À l'heure, en effet, où tous les cabinets libéraux de psychiatrie sont saturés, où le service public est submergé, le problème de l'accès aux soins est de trouver un psychiatre disponible, bien davantage que de payer ses honoraires. Il s'agit donc avant tout d'un problème de démographie.

Il s'agit aussi d'un problème d'organisation des soins. À l'heure où l'on parle de délégation des soins à d'autres intervenants que le psychiatre, à l'heure où l'on veut réserver la compétence du psychiatre à faire des diagnostics et à superviser les psychothérapies conduites par les psychologues, le problème de l'accès aux soins passe par la survie même de la psychiatrie libérale.

Le SNPP a, de longue date, pris sur ces sujets des positions claires et fermes : relèvement significatif du nombre de psychiatres en formation ; conception du métier de psychiatre réaffirmant sa compétence psychothérapique et qui ne doit donc pas se limiter à un rôle d'expert orienteur. Seuls contre tous les autres syndicats de psychiatres, nous avons même affirmé notre refus de superviser les indications et la conduite des psychothérapies réalisées par les psychologues dès lors que ces derniers satisferaient à des critères de formation suffisants.

À l'heure actuelle, c'est sur ces questions que se mènent les combats les plus déterminants pour l'accès au soin car il n'existe certainement pas aujourd'hui en France ni un seul psychiatre qui soit inoccupé parce que ses honoraires seraient trop élevés, ni un seul patient qui ne pourrait avoir accès à un psychiatre disponible que pour des questions financières.

En revanche, dans la perspective de la réforme de l'Assurance Maladie que nous évoquons, la question de l'accès aux soins risque d'être radicalement remise en cause en fonction d'un découpage arbitraire entre système de soin de première ligne et système de soins spécialisé.

Or ce découpage emprunté à la culture de la Santé Publique n'a pas grand sens pour le psychiatre libéral qui participe incontestablement aux deux systèmes. Nous devons donc, là aussi, rester vigilant et préparer nos arguments pour défendre notre place dans le système de soins de premier recours.

Psychiatrie libérale et santé mentale

Dans la perspective de l'instauration du panier de soins, l'un des pires pièges dans lequel la reforme de l'Assurance Maladie pourrait nous enfermer serait d'instrumentaliser à des fins économiques la distinction

entre santé-mentale et psychiatrie pour opérer une distinction arbitraire entre gros et petit risque, rejetant ainsi tout ce qui ressortirait de la santé mentale hors du champ d'intervention des psychiatres pour le déléguer aux psychologues, aux généralistes, voire aux travailleurs sociaux.

C'est à juste titre que nous nous sommes battus pour dénoncer les confusions entre Santé Mentale et Psychiatrie (cf. le séminaire organisé à Toulouse en 2002 par l'AFPEP : "Santé mentale : où est la psychiatrie ?"). Cette nécessaire distinction entre les deux champs ne doit cependant pas aboutir à un découpage arbitraire des périmètres en fonction de catégorisations diagnostiques grossières telles que, par exemple : psychose = psychiatrie, névrose = santé mentale.

Chaque psychiatre sait bien à quel point la gravité de l'état d'un patient a finalement assez peu à voir avec le diagnostic et repose bien davantage à terme sur les modalités de prise en charge dont il peut bénéficier.

Sans développer plus avant ce point, il convient donc là aussi de maintenir la plus grande vigilance et de poursuivre les travaux déjà entrepris au sein de l'AFPEP-SNPP.

Conclusions

Au moment où se dévoile sans ambiguïté que les négociations conventionnelles des spécialistes ont été délibérément sacrifiées à la mise en place d'un jeu d'alliances tactiques en vue de la réforme de l'Assurance Maladie, l'action syndicale risque parfois de perdre en lisibilité alors qu'elle ne doit pourtant pas faiblir sur le terrain.

L'AFPEP-SNPP élabore et soutient de longue date un discours sur la place du psychiatre libéral dans le système de soins et sur les nécessités techniques indispensables à son exercice dont découlent très logiquement des prises de positions cohérentes sur l'organisation des soins et leur financement.

L'AFPEP-SNPP n'est ni pour ni contre une réforme a priori : elle examine les propositions ; elle les critique ou les approuve en fonction de ses propres principes.

Au-delà d'une lecture strictement conjoncturelle se contentant de rationaliser l'échec des négociations conventionnelles par des contraintes économiques particulièrement écrasantes, force est de constater que se manifestent actuellement des dérives structurelles qui poussent à de radicales modifications de notre système de soins pouvant à leur tour entraîner l'exclusion des patients les plus démunis et menacer sévèrement nos pratiques.

Militer activement contre l'échec des négociations conventionnelles en continuant à revendiquer un relèvement de nos honoraires est parfaitement légitime : c'est la survie de notre activité qui est menacée.

Mais notre militantisme ne s'arrête pas là : au-delà de la question des honoraires, les psychiatres préviennent qu'ils ne laisseront pas leurs patients être malmenés par une réforme du système de soins qui n'assurerait plus les conditions, reconnues parmi les meilleures au monde (cf. rapport OMS) d'un accès de droit égal pour tous à la santé.

Nos positions et nos mots d'ordres sont clairs :

- Le SNPP défend la Sécurité Sociale, seule garante de l'équité dans la prise en charge des soins. Nous parlons bien d'une sécurité sociale respectueuse de l'indépendance professionnelle des médecins.

- Le SNPP dénonce l’attitude de la CNAM-TS, qui ne résume pas la Sécurité Sociale, qui a toujours cherché à se défausser de ses engagements conventionnels en matière d’honoraires médicaux, faisant ainsi objectivement le jeu du patronat contre l’intérêt même des salariés qu’elle est supposée représenter.

- Le SNPP dénonce l’attitude du Politique qui a constamment cherché à écarter les spécialistes du jeu conventionnel et qui est finalement parvenu à ses fins en mettant en place un système de double convention dont la preuve est désormais faite qu’il n’est pas viable après ce nouvel échec des négociations conventionnelles. C’est pourquoi le SNPP revendique le retour à une convention unique.

- Le SNPP revendique un espace de liberté tarifaire, non pas de manière inconséquente au risque de pénaliser l’accès aux soins des plus démunis, mais parce que cela est devenu la seule garantie de survie de la médecine libérale de spécialité.

- Le SNPP continue donc d’appeler, partout où cela est possible, à pratiquer des D.E. et organise la défense des collègues menacés par les caisses pour cette pratique.

- Dans la même logique, le SNPP appelle les collègues de secteur I à demander le passage en secteur II, et là encore non pas dans un but corporatiste mais pour démontrer l’inanité du double secteur, dans la cohérence de son combat pour un secteur unique.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

Lettre aux adhérents

Yves Froger

Chers collègues,

Lors de notre dernier courrier nous avons encouragé nos adhérents à rejoindre les spécialistes (actuellement plus de 2000) qui ont fait la demande à leur CPAM de passer en secteur II. Cette stratégie pour faire avancer les choses peut surprendre. Nous savions en effet que cette liberté des honoraires ne répondait ni à l'exigence de revalorisation réelle de notre acte, ni à l’amélioration manifeste de nos honoraires, ni à l’accessibilité de nos soins.

Vous êtes un certain nombre à nous interroger sur ce point qui mérite quelques éclaircissements.

Tout d’abord il nous est apparu fondamental que votre syndicat vous tienne informés des dernières dispositions juridiques, ce qui permet à ceux qui le souhaitent de prolonger leurs recherches, et d'être mieux à même de prendre des décisions.
Ces informations qui nous sont parvenues à la mi-juillet nous ont permis de souligner une nouvelle fois l'iniquité intolérable entre les deux secteurs d'exercice, et de faire pression sur le ministre avant la rédaction du RCM pour qu'il rende à nouveau acceptable le secteur I en le revalorisant.

Nous savons qu'il n'en a rien été. Le CPsy n'a pas été revalorisé et ne le sera plus.
La majoration forfaitaire transitoire est un dispositif qui a permis d'éviter cette revalorisation avant la mise en

place de la prochaine CCAM des actes cliniques en 2005.

En se refusant à revaloriser notre acte le ministre pose les jalons de ce que risque d'être la prochaine CCAM, un acte de base avec des majorations dont nous constatons une fois de plus qu'elles nous sont défavorables.
En outre elles risquent de démembrer notre pratique, ce à quoi nous nous opposons.

Nous nous sommes battus face à la CNAM tout d'abord , face au ministre ensuite pour obtenir une juste revalorisation, un acte politique fort.
Il n'en a rien été et les décisions sont renvoyées à l'avenir incertain et encore flou de la réforme de l'assurance maladie et de celle de la nomenclature. (Voir lettre à JF Matteï).

À partir de là, que faire ?
Ne perdons pas de vue l'une de nos toutes premières revendications : convention unique pour tout le corps médical.
Pour nous, convention unique veut dire aussi secteur unique d'exercice pour tous, et sur cette question le projet de secteur unique à honoraires modulables élaboré par la FMF nous paraît le plus cohérent et le plus adapté.
Il maintient l'accès aux soins pour tous en conservant le tarif opposable pour les patients en situation de précarité financière, et offre un espace de liberté tarifaire dans les autres cas permettant au praticien d'augmenter ses revenus.
Les charges sociales sont alors modulées selon l'activité du médecin ce qui garantit l'attractivité de l'exercice, même partiel, dans le tarif opposable.
Ceci nous parait plus juste que la généralisation du secteur II qui met encore plus en péril l'accueil des patients les plus démunis

Maintenant, après 18 mois d'une bagarre difficile sur le terrain par l'utilisation élargie du DE avec les conséquences que nous connaissons, nous devons prendre acte de ces deux éléments fondamentaux :
- Le refus de la CNAM et du ministre de revaloriser notre acte qui se trouve, une fois encore, un peu plus dévalorisé par rapport au CS.
- Le caractère une nouvelle fois coercitif du RCM qui nous est imposé unilatéralement, renforçant la tutelle de l'état et réduisant encore un peu plus notre liberté.

Certes, la poursuite de l'utilisation la plus large possible du DE est indispensable et reste la seule résistance directe possible face à cette tentative d'inféodation. Tout autant qu'une augmentation de nos revenus, c'est une brèche pour le maintien de cet esprit de liberté que nous nous efforçons de promouvoir.
Mais il nous faut sortir du carcan des deux secteurs et pour cela recourir à la pression et au juridique, action soutenue maintenant par de nombreux confrères.

Nous sommes en résistance, en résistance active.
La demande de passage en secteur II est tactique et trouve ici sa place.

Yves Froger

Lettre aux directeurs de caisse

Yves Froger

Monsieur le Directeur,

Vous avez récemment sanctionné des psychiatres de secteur I pour l'utilisation qu'ils font du dépassement exceptionnel dispositif pourtant prévu dans le R.C.M. en vigueur depuis 1998.

Nous avons déjà attiré votre attention sur la situation actuelle des psychiatres de secteur I tant sur le plan économique, que sur le plan général concernant les conditions d'exercice et la possibilité de dispenser aux patients les soins de qualité optimale qu'ils sont en droit d'attendre.
La survenue des sanctions montre que nous n'avons pas été entendus et elles nous paraissent d'autant plus injustes.

Le terme de sanction nous semble devoir être réservé à l'idée d'une faute préalable. En l'occurrence où est la faute ?

Nous vous rappelons que les psychiatres libéraux occupent une place à part entière dans le dispositif de soins en complémentarité avec leurs collègues des secteurs publics et médico-associatifs. Cette participation les amène à recevoir des patients dans les circonstances les plus diverses, en fonction de la pathologie, depuis l'accueil en urgence jusqu'au suivi régulier quand les troubles et la souffrance psychique l'exigent.

Dans tous les cas la consultation psychiatrique repose sur un échange avec le patient qui nécessité une disponibilité psychique tout à fait particulière, spécifique à notre exercice, et qui reflète les particularités du fonctionnement psychique du patient. Cette connexion intersubjective requiert du psychiatre une formation initiale bien assurée et constamment renouvelée garantissant la diversité et la complémentarité des multiples approches nécessaires à la compréhension et aux soins des troubles du fonctionnement psychique, un temps d'écoute suffisamment long pour que se déploie le discours du patient, et la possibilité de s'orienter librement pour adapter la réponse thérapeutique. Cette liberté ne se soutient que des obligations déontologiques auxquelles les psychiatres ont à faire face. Tout ceci fait de la consultation psychiatrique un acte purement clinique et éminemment complexe que nous nous efforçons de faire reconnaître à sa juste valeur.

Encore une fois, où est la faute, quand des praticiens s'efforcent d'exercer leur métier dans les meilleures conditions possibles dans l'intérêt des patients afin de leur assurer les meilleurs soins possibles.

L'évolution régressive de la situation économique des psychiatres de secteur I, l'absence de toute réévaluation des honoraires depuis plus de 8 ans maintenant, ont créé une situation tout à fait exceptionnelle imposant aux médecins de prendre les initiatives que la CNAM n'a pas prises afin de garantir la pérennité des soins de qualité aux assurés.

Nous espérons que ce courrier qui vous permet de mieux comprendre, et mieux connaître les exigences de notre profession, vous amènera à reconsidérer votre position à l'égard de nos collègues. Nous attirons aussi votre attention sur le fait qu'en majorant leurs charges professionnelles vous accentuez les pressions financières déjà très lourdes et vous nous imposez de réfléchir à un nouveau dispositif. Pour cette même raison, nombre de psychiatres sont amenés faire la demande de leur passage en secteur II.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de nos sentiments respectueux.

Dr Yves FROGER
Secrétaire Général du SNPP

Elections régionales

Yves Froger

Les mandats des conseillers régionaux arrivent à échéance. Le temps est venu d'organiser de nouvelles élections pour renouveler les collèges des conseillers régionaux, et nous vous rappelons que seuls les adhérents à jour de leurs cotisations 2003 pourront participer à ces élections et se porter candidats s'ils le désirent.

Veillez donc à régler votre cotisation 2003 si ce n'est déjà fait.

Ces élections revêtent une importance capitale au moment où nous nous efforçons d'être le plus présent possible auprès de vous dans votre combat sur le terrain pour la prise en compte de vos revendications avec toutes les conséquences que nous connaissons actuellement (cf. articles du B.I.P.P.).

Cette présence sur le terrain repose sur la participation des conseillers régionaux les mieux à même d'organiser les réunions, de recueillir vos commentaires, de soutenir et de coordonner vos actions et votre défense le cas échéant.

Les conseillers régionaux participent, par ailleurs pleinement, à nos instances nationales. Ces élections seront organisées soit par courrier, soit à l'occasion de réunions en fin d'année selon les régions et nous vous aviserons suffisamment tôt pour le dépôt des candidatures.

Yves Froger

Région PACA

Le SPF, le SNPP et l'Association des Psychiatres des Bouches du Rhône
Vous convient à une réunion d'information et de débats
Le mardi 18/11/2003 à 20 h 30
à l'hôtel HOLIDAY INN, 130 av. du Prado 13008 MARSEILLE

La mise en place de l'avenant du RCM de septembre 2003 signe une fin de non-recevoir de la part de nos tutelles.
Refus de revaloriser le CPsy, mais aussi évolution vers une médecine formatée et standardisée (ex du PMSI) où il n'y aura plus de place à l'initiative personnelle et donc une atteinte à la qualité des soins.
Le Dr François Kammerer : vice président du SPF.
Et Le Dr Jean-Jacques Laboutière : vice président de l'AFPEP-SNPP, Secrétaire Général de la Fédération Française de Psychiatrie.

Nous amènerons les dernières informations concernant la psychiatrie, le rapport Cléry Melin et aussi et surtout nous ferons part de leurs réflexions voire leurs suggestions dans le cadre d'un débat.
Devant l'évolution de la situation, pour pouvoir rester mobilisés et faire entendre nos légitimes demandes que ce soit pour l'exercice en cabinet, en clinique où dans le médico-social, il est très important que vous veniez nombreux à cette réunion collégiale.
C'est par une large adhésion, déjà au niveau local, que nous pourrons assurer une cohérence et de la force à nos revendications avec des stratégies que nous allons élaborer ensemble.
Par ailleurs nous remercions le laboratoire GSK et plus particulièrement Mme Mireille Rolina pour sa

participation à cette réunion.

Dominique Bernardini (SPF)
Linda Sarfati, Marc Maximin (Association des Psychiatres des Bouches-du-Rhône)
Paul Recours (SNPP)