Sommaire du BIPP n° 56 - Décembre 2009

Editorial" Olivier Schmitt

Solidarité" Michel Marchand

La «Com» de l'AFPEP-SNPP" Patrice Charbit

Les éditos de «Caractères» 1, 2 et 3

La vie syndicale

Les Tribunes Libérales de la FMF" Yves Froger

Les possibles dérives pour les CMPP et les médecins psychiatres-directeurs" Marc Maximin, Yannick Cann

Lettre ouverte à François Chérèque

Un règlement arbitraire en guise de convention" Yves Froger

Pénalités" Patrice Charbit

Communiqué de presse : CMU, testing

Des CAPI, comme «des capitations»..." Michel Marchand

Informations professionnelles

Télétransmission : sanction, amende et pénalité" Michel Marchand

Lettre ouverte au CNOM + fac simile lettre de la CPAM Essonne

Signalement des absences

Affichage des honoraires (com. du CNOM)

Information préalable sur les dépassements d'honoraires

Frais de transport et CMPP" Marc Maximin

Une convention avec l'Unaformec" Martine Dubuc

Les régimes de retraite : menaces sur l'ASV" Christian Julien

Au sein de la discipline

L'Afpep au congrès des internes" Michel Marchand

Etude américaine sur la dangerosité

Penser malgré la pub" Patrice Charbit

Groupe des 39 contre la nuit sécuritaire : meeting du 28/11" Patrice Charbit

Agenda

Module de formation

Séminaire de printemps

Editorial

Olivier Schmitt

Pour l'organisation de la Santé, 2010 sera l'année de la mise en application de la loi Hôpital Patient Santé Territoire. Nous vous avions déjà informés des bouleversements attendus et des craintes pour notre profession.

Au-delà des aspects répressifs, avec de nouvelles sanctions et nouvelles contraintes déjà prévues (pénalités sur les feuilles de soins papier, déclaration des absences, restrictions des compléments d'honoraires), des changements fondamentaux seront introduits par la mise en place des ARS(1) et des URPS(2).

Comme vous le savez, les URML(3) vont devenir URPS, c'est- à-dire seront ouvertes à tous les professionnels de santé libéraux. Les ARS seront les centres régionaux de décision qui organiseront le médical et le médico-social localement et pourront contracter des « accords » avec les URPS et, individuellement, avec les professionnels de santé.

Ne nous y trompons pas, cette apparente décentralisation cache en fait une étatisation de la Santé car les ARS sont organisées comme de véritables préfectures régionales de santé. Les directeurs de ces ARS, aux pouvoirs considérables, seront directement aux ordres du Gouvernement.

Que va devenir l'action syndicale dans ce nouveau contexte ?

Les deux niveaux, national et régional, vont avoir une importance complémentaire, l'un n'ira pas sans l'autre et une vigilance régionale accrue sera indispensable.

La structure du SNPP le permet puisque la moitié des conseillers est issue des élections régionales et l'autre des élections nationales lors de l'AG. Cependant, l'activité régionale devra être renforcée et nous vous invitons chaleureusement à vous mobiliser localement dans les régions où ce n'est pas encore le cas. Le Bureau National est là pour vous aider dans cette entreprise.

Les URPS seront sollicitées par les ARS sur des dossiers concernant la psychiatrie. Le SNPP sera là pour anticiper et soutenir la réflexion via les psychiatres qui seront élus et le cas échéant désignés pour participer aux commissions. Les élections pour ces nouvelles structures vont intervenir dans quelques mois et les confrères qui pourront y être élus auront, non seulement la possibilité de faire entendre la spécificité de la Psychiatrie à ce niveau, mais aussi auront le pouvoir de nous informer très tôt des évolutions locales qui sont souvent des expérimentations susceptibles de se généraliser.

Cet appel à la mobilisation nous paraît vital pour nos pratiques qui peuvent, du jour au lendemain, être dénaturées par des décisions autoritaires que nous n'aurions pas pu anticiper.

Nous vous souhaitons à tous une bonne année combative car non seulement nous avons une responsabilité vis-à-vis de nos patients, mais il est toujours plus profitable, pour notre propre santé morale, de lutter que de subir.

1 - ARS : Agence Régionale de Santé qui regroupera sept organismes (ARH, URCAM, GRPS, DRASS, DDASS, MRS, CRAM).
À charge pour la future ARS d'organiser, de réguler et d'orienter la politique de santé en région. À titre d'exemple, c'est elle qui mettra en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé. Elle qui organisera la veille sanitaire.
Elle encore qui évaluera la qualité des formations des professionnels de santé, et qui pilotera la permanence des soins.

2 - URPS : Union Régionale des Profession de Santé où siégeront, entre autres professionnels de santé, trois collèges de médecins (Généralistes, Spécialistes à plateau techniques lourds et autres spécialistes dont les psychiatres)

3 - URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Solidarité

Michel Marchand

La notion de solidarité resurgit dans les débats actuels : c'est une valeur essentielle à rappeler au terme de l'actuelle convention entre les médecins et l'Assurance-maladie.

Que reste-t-il de ce qui fonde l'esprit conventionnel, auquel le SNPP est particulièrement attaché, tant qu'il a pour objectif d'assurer à tous les patients l'accès à des soins de qualité et à tous les médecins des conditions décentes d'exercice dans le respect de leur indépendance professionnelle ?

Devant l'immense déficit de financement de la sécurité sociale, consécutif non seulement à la dégradation de la situation économique, mais aussi à l'absence de compensation par l'État des exonérations considérables qu'il a accordées aux grandes entreprises et au non-reversement par ce même État des taxes destinées à l'assurance-maladie, et encore à l'insuffisance de réévaluation de la place de la santé dans les politiques publiques, l'objectif s'est concentré sur la réduction des dépenses.

Pour préparer les esprits, ont fleuri tout récemment des mesures et décrets coercitifs : déclaration de congé, sanctions pour dépassements, taxation de feuilles de soins, sans compter la révision suggérée par l'Uncam de son actuelle participation au financement de l'assurance supplémentaire vieillesse (ASV).

Se succèdent décisions et déclarations au mépris des assurés sociaux dont le reste à charge augmente progressivement, au mépris de la qualité des soins, au mépris des praticiens livrés à la vindicte populaire.

Seul un conventionnement collectif, prenant en considération tous les médecins- et non un conventionnement individuel, dont la première étape est le Capi, ou bien un secteur optionnel réservé à quelques uns - sera à même de pérenniser un système de soins, au service de tous les

patients, quel que soit leur âge et leur situation matérielle.

Les décideurs cherchent à désagréger ce système quand ailleurs on nous l'envie.

Le SNPP reste particulièrement vigilant à ce que ne s'opère pas son démantèlement et à ce que la prochaine convention se construise autour de cet axe fondateur qu'est la solidarité.

La "com" de l'AFPEP-SNPP

Patrice Charbit

L'année 2009 a permis un développement de la communication de l'AFPEP-SNPP.

Notre revue Psychiatries a maintenu son rythme régulier avec, en prime, la publication au printemps de notre étude clinique « Persiste et signe ». Le Comité de Rédaction a initié une recherche sur la psychiatrie privée en France en 2010.

Notre BIPP est passé à deux tirages par an, ce qui permettra une vue d'ensemble en juin et janvier des enjeux principaux en cours.

Il est soutenu par la création de notre newsletter par internet : Caractères, qui deviendra rapidement mensuelle, autorisant une réactivité et une information plus précises. Nous invitons tous ceux qui sont intéressés par la réception de ce moyen d'information de nous le faire savoir en envoyant un courriel à notre secrétariat : info@afpep-snpp.org.

Enfin, notre site internet a été réaménagé pour répondre aux nouvelles fonctionnalités informatiques. Il est en cours de reconstruction au niveau de la forme, mais vous pouvez y retrouver les informations qui en font un outil de référence pour la psychiatrie privée : www.afpep-snpp.org.

Un deuxième site, spécifique à la revue Psychiatries, est en projet et sera en ligne en 2010.

Nous vivons un moment difficile et révoltant. À l'œuvre depuis des décennies, un système de réformes destructrices s'est emballé sous nos yeux, bafouant les acteurs de la société civile. Le monde du travail, que ce soit dans la santé, l'éducation, la recherche, les milieux artistiques, la justice, les services publics, est touché de plein fouet. Au nom de la « modernisation » et d'une rationalité, dont nous avons pu repérer « l'efficience » avec la contre-productivité de l'organisation bureaucratique de la vaccination contre le H1N1, la rapidité de cette dilapidation est telle qu'il y a de quoi être sidérés.

Notre rôle de syndicaliste est bien entendu de défendre notre profession et ses conditions d'exercice mais aussi de préciser dans quel cadre se jouent les transformations qui l'atteignent.

Dans ce contexte, la communication de l'AFPEP-SNPP se doit d'être au plus près des adhérents. N'hésitez pas à nous faire part de vos réflexions.

Les éditos de "Caractères" 1, 2 et 3

Caractères n° 1 - juillet 2009

Edito : " Une psychiatrie sous surveillance "

Si ce n'était une actualité brûlante, nous serions tout au plaisir de partager désormais avec vous ce nouveau procédé d'échanges : une lettre mensuelle par courriel.

Les facilités que procure l'informatique doivent permettre de mieux faire connaître le sentiment des psychiatres concernant les bouleversements auxquels nous assistons, tant au niveau de notre profession que de notre environnement social, mais aussi d'informer et de rendre compte de nos actions.

Loi " HPST ", " CAPI ", " T2A ", offensive juridique contre les syndicats médicaux, décret et peut-être loi sécuritaire, déroute du processus conventionnel, accréditation, formation médicale continue, dossier médical partagé, dictature du scientisme, santé sur ordonnance financière, nous donnent une idée d'ensemble de ce à quoi pourrait ressembler la psychiatrie dans les semaines à venir selon les initiateurs de cette réforme.

Il s'agit bien d'une seule et même réforme puisque ces différents éléments s'orientent tous dans le sens d'une " psychiatrie sous surveillance ".

Notre recherche du mieux être de nos patients doit laisser place à une santé mentale efficiente et adaptable selon les critères d'une nouvelle idéologie qui s'encombre peu de singularités.

L'AFPEP-SNPP, face à cela, ne restera pas sans faire entendre ses " caractères".

Patrice Charbit

SOMMAIRE

Les communiqués de presse de L'AFPEP-SNPP

Une étude américaine sur la dangerosité des malades mentaux

Appel à cotisations

Les motions de l'AG

Les journées de Nice

Le nouveau bureau

Comité de rédaction de " Caractères "

Caractères n° 2 - octobre 2009

Editorial - Un symptôme parlant : Vers une " autorisation de congés " pour les médecins libéraux !

Nous savions la médecine libérale de plus en plus administrée, la psychiatrie sous surveillance et les services publics en voie de disparition. Nul besoin d'avoir passé plusieurs heures aux urgences d'un hôpital pour imaginer que la permanence des soins allait devoir se chercher d'ici peu une nouvelle adresse.

Les tutelles se défaussent des soins, sabotent leur mode de financement, clivent le " médico " du social, privilégient les spécialités techniques au détriment des spécialités cliniques, évoquent la privatisation du système de soins au titre de " sens de l'histoire " et multiplient les signes destinés aux " usagers face aux producteurs de soins " (affichage des honoraires, pénalités pour dépassements, accueil des CMU, accès au dossier, permanence des soins,...).

L'Etat abandonne sa vocation, fait mine de se positionner en juge comme s'il n'était responsable de rien et déchaîne des campagnes de dénigrement en désignant des coupables : les médecins libéraux.

Si le système régissant leur mode de paiement, leur retraite et leurs charges sociales est en déliquescence, si les dépassements sont anarchiques, si la démographie médicale est alarmante, si les négociations conventionnelles sont piégées par des contrats individuels à la performance, si on applique une terminologie barbare ignorant " le facteur humain " (les médecins ne sont pas des " producteurs de soins " et ont un taux de suicide 2 fois supérieur à la moyenne), il en est de la responsabilité de l'Etat et de l'Assurance maladie d'en assumer l'imputabilité.

L'Ordre des médecins vient de signaler que de plus en plus de confrères choisissent le salariat et s'en inquiète. Le " libéral ", malgré l'image qu'on en donne, ne serait donc plus attractif ? La médecine française, cette savante équation " public-privé ", disparaît et se voit remplacée par une " production sur décrets ".

Les médecins libéraux seraient désormais tenus de signaler deux mois auparavant leurs absences de plus de 6 jours aux autorités compétentes. De là à ce qu'un préfet sanitaire de région les prive de vacances..... il n'y a qu'un pas.

Avec le récent système de sanctions, contraire aux principes républicains, les directeurs de Caisse sont maintenant juges et parties, enquêteurs et exécuteurs de peine. Une remise à plat du système nécessite de véritables négociations et non des carottes empoisonnées ou des bâtons déloyaux.

Les médecins libéraux assurent une permanence des soins basée sur une qualité, une diversité, une disponibilité (souvent de 8h à 22h) qui facilite une personnalisation des soins. Ils n'ont pas vocation à assumer toutes les facettes du service public.

Pouvons-nous accepter ces mesures ?

Patrice Charbit

SOMMAIRE

Signalement des absences

Affichage des honoraires

Pénalités

Taxe professionnelle

Capi

Baisse des revenus des spécialités cliniques

Baisse du taux d'installation

Appel à cotisations

Les journées de Nice

Caractères n° 3 - décembre 2009

Editorial - Organisation de la santé

Si la nouvelle organisation de la santé telle qu'initiée par la loi HPST et concrétisée par les décrets d'application en préparation est à l'image de l'organisation de la lutte contre la grippe A H1N1 (comme la vaccination et les diverses mesures contre la contagion), il y a du souci à se faire.

Sans parler des cadeaux dispendieux à l'industrie et de l'utilisation politique des peurs ancestrales attachées aux épidémies, voyons un peu ce que cela signifie pour la médecine libérale.

L'organisation de centres de vaccination aux dépens du réseau des médecins de ville qui, ici ou là, sont réquisitionnés pour assurer la permanence de ces centres, cela évoque une collectivisation rampante que l'on croyait d'un autre âge. Certes, cette vaccination n'est pas obligatoire. Encore heureux ! Mais n'est-ce pas surtout parce que l'État se défausse ainsi de ses responsabilités en cas d'effets iatrogènes ? Le vaccinateur reste pénalement le seul responsable de son acte.

La rencontre au Ministère des psychiatres publics et des organisations de malades qui a abouti à un protocole sur l'organisation de la psychiatrie avec l'expérimentation de GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) s'est faite sans que la psychiatrie privée n'y soit conviée. Sans doute les psychiatres privés ne sont-ils bons qu'à être réquisitionnés (qu'importe leur file active pourtant équivalente à celle de la Psychiatrie publique) afin d'assurer la permanence dans ces GCS en ces temps de pénurie démographique.

En faisant preuve d'une libéralité débridée vis-à-vis du commerce et de l'industrie d'un côté, et en instaurant un autoritarisme bureaucratique culpabilisant et contre-productif sur les acteurs de la santé de l'autre, fait-on preuve de responsabilité politique ? Ne nous faisons pas d'illusion, dans cette dynamique, les médecins libéraux que nous sommes n'auront bientôt de libéraux que le nom. Ils resteront individuellement responsables mais corvéables à merci aux dépens de leur liberté et de leur indépendance professionnelle.

Si nous voulons préserver la richesse de notre activité de psychiatres de libre pratique, il faut nous attendre à un combat très dur ! Nos moyens sont certes limités en termes de rapports de force car nous sommes par essence particulièrement attentifs à l'intérêt de nos patients. Mais leur intérêt n'est-il pas que notre métier et nos pratiques survivent ?

Nous devons nous battre sur tous les fronts, soutenez notre action !

Olivier Schmitt

SOMMAIRE

Délinquance sexuelle : Punir ou éliminer ?

Penser malgré la " pub "

Module de formation du 16 janvier : La prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie

Notre prochain séminaire de printemps à Paris : " Le principe de précaution "

Une convention avec l'Unaformec

L'AFPEP-SNPP au congrès des internes en psychiatrie

Les journées Nationales 2009 de Nice

Le projet d'orientation de l'Uncam pour les négociations conventionnelles

Menace sur l'Assurance Supplémentaire Vieillesse (ASV)

Le SNPP aux Tribunes Libérales de la FMF

Refus de prise en charge des frais de transport pour les enfants consultant dans les CMPP

Télétransmission : Dates " butoir "

Affichage des honoraires et information préalable sur les dépassements d'honoraires

Elections de délégués régionaux de l'AFPEP-SNPP

Cotisations 2009

Les Tribunes libérales de la FMF

Yves Froger

L'Assemblée Générale de la FMF s'est tenue les 21 et 22 novembre à Juan les Pins dans le cadre des Tribunes Libérales. Les débats qui s'y sont tenus et les décisions prises nous ont confortés dans notre choix d'adhérer à cette centrale.

1. Comment aborder les négociations conventionnelles à venir ? Quelles positions prendre face aux propositions de l'UNCAM, CAPI secteur optionnel ?

2. Quelle stratégie pour les prochaines élections professionnelles de 2010 pour la mise en place des URPS ? Quelle perspective à plus long terme ?

Les débats ont principalement tourné autour de ces questions. En effet, quelle serait la validité d'une convention signée en février 2010 par des centrales syndicales minoritaires chez les médecins depuis les dernières élections, mais qui conservent néanmoins une représentativité sans aucune mesure avec le résultat de ces élections.

Ce déni de la démocratie est insupportable et souligne à quel point les centrales prêtes à signer n'hésitent pas à engager la profession sur la base d'un texte qui ne recueille pas l'adhésion des praticiens. Ce sont précisément pour ces raisons que nous avons quitté la CSMF en 2003 lorsqu'elle envisageait de signer une convention sans revalorisation pour les psychiatres. La FMF, en s'appuyant sur les nouvelles dispositions de loi HPST demande que la future convention soit signée par les syndicats majoritaires aux futures élections, ce qui impose le report de la négociation après ces élections. Rien que de très normal. Dans cette perspective, la préparation des listes pour ces élections revêt une importance capitale, en vue de la construction d'une centrale représentative dans les 3 collèges. La fusion avec le syndicat Espace-Généraliste qui vise à renforcer l'assise de la centrale chez les médecins généralistes, et qui a été conforté ce week-end modifiera les rapports de force entre les centrales.

A une époque où nous assistons plutôt à des scissions aux services d'intérêts particuliers, la capacité d'une centrale de regrouper en son sein des praticiens aux aspirations divergentes mais convaincus

de la nécessité de se rassembler sur une base commune, manifeste un dynamisme et une volonté de construction auxquels nous ne pouvons qu'adhérer. Quoi de commun entre un généraliste lassé du blocage des honoraires et à qui on demande toujours plus d'implication (PDS, maîtrise médicalisée, respect des protocoles) et un spécialiste de secteur II qui conserve un espace de liberté tarifaire emblématique de la liberté d'exercice de façon plus générale, entre un praticien d'exercice clinique stricte mal considéré, et un praticien réalisant des actes techniques fondés sur une technologie toujours plus performante, plus fascinante et donc mieux rémunérée. Cette communauté se retrouve dans le choix et l'engagement à exercer dans la pratique libérale malgré les obstacles de plus en plus consistants et qui expliquent qu'un très faible nombre de jeunes médecins choisisse ce cadre pour exercer. Cette communauté porte un nom : indépendance professionnelle. Elle sera le pivot du programme électif. Elle suppose de dépasser les clivages pour une compréhension des difficultés et des aspirations de l'autre. C'est là que réside le nouveau pas en avant de la FMF à Juan les Pins ce week-end.

Au moment où la CSMF et le SML s'apprêtent à accepter les propositions de l'UNCAM et de l'UNOCAM pour la mise en place d'un secteur optionnel avant tout destiné à limiter le secteur II en contrepartie de revalorisations d'honoraires limitées et pour un nombre de praticiens très restreints (chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens, détenteurs du titre d'ACCA), l'orientation de la FMF de construire un programme pour tous les praticiens est conforme à la position de notre syndicat : la mise en place du secteur optionnel ne peut se concevoir que s'il concerne tous les praticiens.

La négociation conventionnelle actuelle est verrouillée par des accords préalables entre l'UNCAM, l'UNOCAM, la CSMF et le SML. Aucune place pour une autre proposition. Aucune volonté de ces centrales de soutenir les revalorisations des spécialités cliniques dont nous faisons partie. Rappelons pour mémoire que la signature de la dernière convention comportait l'engagement formel de la mise en place d'une nouvelle CCAM afin de revaloriser l'acte clinique. 5 ans plus tard, il ne s'agit toujours que d'un projet tout juste remis à l'ordre du jour d'une réunion de temps à autre, avant de regagner les chemises cartonnées vite refermées.

Il n'y a pas de meilleure illustration du désintérêt des signataires pour les spécialités comme la nôtre. Rencontrer un mouvement syndical adoptant la démarche inverse, dans la recherche d'un projet global offre des perspectives :

- Rejet du CAPI : paiement à la performance et ouverture au conventionnement individuel avec tous les risques évidents qui en découlent. Ce CAPI a néanmoins séduit plusieurs milliers de généralistes, ce qui en dit long sur leur désarroi, ne voyant aucune perspective de revalorisation tarifaire, et prenant ainsi un risque majeur pour une compensation financière à terme incertaine ;

- Rejet du secteur optionnel pour les raisons citées plus haut et parce qu'il est légitime que les bénéficiaires du secteur II souhaitent continuer à travailler dans ce cadre quand la Sécurité sociale ne fait aucune proposition substantielle pour la revalorisation des honoraires ;

- Redéfinition de la coopération entre généralistes et spécialistes là où le parcours de soins affiche ses carences ;

- Ouverture de nouvelles perspectives communes à toute la profession, CCAM clinique et secteur unique à honoraire librement modulable. Pour être entendues et imposées,

ces orientations nécessitent tout un bouleversement sensible du paysage syndical.

Le SNPP y apportera son concours pour que les aspirations des psychiatres soient enfin prises en compte dans une formation qui lui réserve le meilleur accueil.

F.M.F. : Fédération des Médecins de France
U.N.C.A.M. : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
C.A.P.I. : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
U.R.P.S. : Union Régionale des Professionnels de Santé
C.S.M.F. : Confédération des Syndicats Médicaux Français
S.M.L. : Syndicat des Médecins Libéraux
H.P.S.T. : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
P.D.S. : Permanence Des Soins
U.N.O.C.A.M. : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
A.C.C.A. : Ancien Chef de Clinique et Assistant
C.C.A.M. : Classification Commune des Actes Médicaux

Les possibles dérives pour les CMPP et les Médecins psychiatres-directeurs

Marc Maximin, Yannick Cann

L'exercice du psychiatre médecin directeur dans les CMPP est de plus en plus mis à mal et nombreux sont ceux qui nous font part de leur difficulté à exercer dans de bonnes conditions. Les situations conflictuelles se font de plus en plus fréquentes au détriment du soin.

Certains se trouvent face à un fonctionnement qui ne leur permet plus de tenir leur place de garant du thérapeutique.

Parfois même, l'administration et les associations les considèrent comme de simples prestataires, sinon comme des exécutants.

Pourtant, les CMPP dès leur création ont été dirigés par des médecins directeurs auxquels ont été adjointes, secondairement, des directions pédagogiques voire administratives comme le stipule clairement l'annexe XXXII.

Cf. la Circulaire du 16 avril 1964

L'annexe XXXII appelle sur certains points les précisions suivantes :
Art. 12. - Le terme de médecin-directeur s'entend du médecin-chef qui participe effectivement à toute l'activité et à toutes les responsabilités techniques, et qui notamment dirige l'ensemble du personnel.

Lorsqu'il existe dans un centre une double direction, L'une à caractère médical l'autre à caractère pédagogique, cette dernière assurant égale des tâches administratives, les organismes de prise en charge peuvent tenir compte du traitement des deux directeurs, si l'opportunité de cette mesure n'est

pas douteuse.

Quoi qu'il en soit sur ce point, le médecin-directeur participe effectivement à toute l'autorité, et à toutes les responsabilités techniques. Il exerce vis-à-vis des interlocuteurs du centre la plénitude des fonctions de direction.

Actuellement, du fait du développement du management administratif la situation tend progressivement à se modifier, la plupart du temps aux dépens de la clinique.

Cet infléchissement semble lié également à l'appartenance des CMPP au champ médico-social avec des associations gestionnaires, sans contre-pouvoir, qui privilégient de plus en plus l'orientation comptable et administrative.

Cette évolution pose la question du statut du médecin directeur ainsi que celle des soins dans le cadre des CMPP.

Les CMPP sont des centres de consultations et de traitements ambulatoires appartenant au médico-social. Ils font partie des dispositifs qui ont pour mission d'assurer la prophylaxie, le dépistage, la prévention ainsi que le diagnostic et le traitement des difficultés et troubles de l'enfant et de l'adolescent .

Les CMPP offrent cette particularité d'être inscrits dans le médico-social, de bénéficier des mesures inhérentes à ce domaine et dans le même temps d'assurer des soins en ambulatoire sur prescription médicale et en dehors de la MDPH.

Cette place particulière fait toute la richesse et permet une souplesse du fonctionnement des CMPP.

Cette situation, pourtant très favorable à l'adaptabilité des soins, semble être actuellement frappée par deux mouvements concomitants : la prégnance administrative et l'approche strictement rééducative basée sur un traitement social de " l'inadaptation ".

A / Le CMPP est-il une structure à caractère psychiatrique ?

Article 6 de la convention collective nationale des médecins spécialistes du 1er mars 1979 :

" Dans le cas d'un médecin spécialiste qualifié au regard du conseil de l'ordre, médecin-directeur assurant à temps plein l'organisation médicale et la direction administrative d'un ou plusieurs établissements, accueillant en internat ou semi-internat des personnes inadaptées ou handicapées, dont l'état justifie des soins à caractère psychiatrique.....

Dans les autres structures à caractère psychiatrique relevant de l'article 1er de la présente convention, le médecin spécialiste qualifié au regard du Conseil de l'Ordre, médecin-directeur à temps plein ou à temps partiel..... "

Notre réflexion peut s'appuyer également sur :

- La Convention Collective Nationale de 1966,
- L'article 12, annexe XXXII des CMPP.

Le CMPP est-il un centre de soins en psychiatrie infanto-juvénile ? Le statut du médecin directeur à temps partiel en CMPP dépend de la reconnaissance du CMPP comme structure de soins à caractère psychiatrique et non comme structure à caractère éducatif et social.

B / La double direction ?

À partir de la réponse à cette première question et de la circulaire du 16 Avril 1964 sur les CMPP, comment peut-on définir les places respectives du médecin directeur et du directeur administratif et éventuellement leur place hiérarchique ?

Sachant que : " l'ensemble du personnel du centre composant l'équipe prévue à l'article 1er est placé, au point de vue technique, sous l'autorité et la responsabilité du médecin directeur. " (Article 12 - Annexe 32 des CMPP)
Que recouvre le terme technique ?

Ces précisions sont nécessaires pour permettre de clarifier le rôle du médecin directeur et son champ d'action mais, aussi et surtout pour rappeler ce qui fonde le CMPP comme structure de soin en psychiatrie infanto-juvénile.

Cette évolution nous a conduits à avoir recours à un juriste (un avocat déjà compétent dans ce domaine). Nous souhaitons, en effet, avoir un document de base qui puisse faire référence aux questions qui pourront nous être soumises par les médecins psychiatres, travaillant dans les CMPP puis, plus largement, pour tous ceux du secteur médico-social.

Lettre ouverte à François Chérèque

Paris le 4 décembre 2009

La campagne de vaccination se serait déroulée de toute autre façon si nos concitoyens avaient eu l'opportunité d'en parler en confiance à leur médecin de famille et n'avaient pas eu à se retrouver gérés comme du bétail dans d'interminables attentes. Un citoyen est digne de soins et non d'une gestion industrielle.

Dans ce contexte, vous osez accuser les médecins généralistes qui demandent la possibilité de vacciner contre la grippe A dans leurs cabinets de n'être préoccupés que de gagner toujours plus d'argent.

Vos invectives s'inscrivent dans une stratégie d'ensemble visant actuellement à disqualifier toute la médecine libérale et qui s'observe depuis des mois. À qui profite ce systématique dénigrement des médecins mis en œuvre par la Sécurité sociale ?

Montrer du doigt certains excès permet d'occulter une réalité que vous connaissez bien.

Dans un monde désormais ouvert sur l'international, peut-on au moins rappeler le vertigineux écart entre les honoraires des médecins français et leurs collègues européens (à peine la moitié en ce qui concerne les psychiatres) ? Cet écart ne poussera certes pas les médecins en exercice à émigrer, mais qu'en sera-t-il des jeunes quand on voit que le nombre d'installations en médecine libérale parmi les nouveaux diplômés est désormais tombé en dessous de 10 % ?
Vos outrances, M. Chérèque, rendent pourtant deux services.

D'une part la polémique qui a suivi démontre qu'une limite a été atteinte et que l'opinion publique n'est pas prête à croire n'importe quoi sur une médecine libérale qu'elle continue de plébisciter. À cet égard, M. Chérèque, vous devez mesurer qu'à travers le médecin qu'ils se choisissent, ce sont aussi les patients qui se sentent insultés par vos propos.

D'autre part, vous rappelez à juste titre que nous sommes tous inscrits - patients, médecins, caisses d'assurances maladies, mutuelles et responsables politiques - dans un système de santé dont la principale variable d'ajustement demeure les honoraires des médecins libéraux, et notamment les honoraires de consultations.

De ces deux points se déduisent deux constats simples :

Le premier est que l'efficacité des soins reposant avant tout sur l'observance des traitements, il y a peu à espérer en termes d'amélioration des soins en sapant ainsi la confiance que les patients portent à leur médecin. Si elle réussissait, une telle entreprise ne produirait que ce que l'on a vu récemment à propos de la vaccination contre la grippe A : une très large défiance envers les soins, face à laquelle les récents événements ont également démontré que la parole politique est totalement impuissante pour suppléer la parole médicale. Si les généralistes ont demandé la possibilité de vacciner dans leurs cabinets c'est bien pour permettre aux patients de surmonter leurs craintes devant la vaccination et non pas pour gagner plus d'argent. Mais, M. Chérèque, vous le savez très bien.

Le second est que la survie de notre système de santé dépend du fait que les médecins libéraux continuent d'accepter des honoraires inférieurs à ce qu'ils seraient dans un autre système de santé. C'est ce qu'ils font depuis la mise en place du système conventionnel au tournant des années soixante. Ils expriment par là leur attachement à la solidarité qui ordonne notre système de soins. En revanche, il n'y a rien de scandaleux à ce qu'ils revendiquent que ces honoraires soient décents au regard de leur niveau de qualification et de responsabilité. Or ce n'est actuellement plus le cas pour les médecins exerçant en secteur 1, que ce soit en médecine générale ou dans les spécialités cliniques. Mais cela aussi, M. Chérèque, vous le savez très bien.

C'est pourquoi, M. Chérèque, nous vous invitons à prendre conscience que le dénigrement systématique de la médecine libérale ne profite à personne :
- Il ne profite évidemment pas aux médecins qui s'en agacent et, pour les plus jeunes, se détournent des modes d'exercice les plus exigeants ;
- Il ne profite pas aux patients qui se sentent eux aussi insultés dans leurs choix et peuvent vaciller dans l'adhésion aux traitements qui leur sont pourtant nécessaires ;
- Il ne profite pas non plus aux caisses d'assurances maladie : que ferez-vous quand la médecine libérale aura disparu, ce qui est actuellement à craindre, et que la seule marge de manœuvre qui vous restera sera de vous exposer frontalement aux patients pour rationner les soins de manière autoritaire?

M. Chérèque, il vous est loisible de considérer la médecine libérale comme un fusible. Les médecins n'en sont pas dupes. Mais mesurez bien que, si vous grillez ce fusible-ci, c'est ensuite aux seuls patients que vous aurez directement affaire et devant lesquels il vous faudra répondre de vos positions. Quant à nous, il n'est évidemment pas question de les abandonner tant que nous sommes là.

Mais, au moment où s'ouvre une négociation conventionnelle qui s'annonce difficile, peut-être souhaitiez- vous vous assurer par votre éclat qu'aucun accord ne puisse se trouver afin de pouvoir poursuivre indéfiniment cette absurde stratégie de dénigrement de la médecine libérale?

Pour le Syndicat National des Psychiatres Privés
Le Président
Olivier Schmitt

NB - François Chérèque est Secrétaire Général de la CFDT, confédération qui préside l'UNCAM en la personne de Michel Régereau (NdlR).

Un règlement arbitraire en guise de convention

Yves Froger

La dernière séance de négociation conventionnelle du vendredi 18 décembre n'a rien apporté de nouveau. Nous nous dirigeons donc vers un règlement arbitral ce qui est fondamentalement une mauvaise nouvelle pour un syndicat comme le nôtre, attaché à la mise en place d'une convention négociée par des partenaires représentatifs respectueux de l'autre et désireux de faire vivre une médecine libérale dynamique, réactive, au service des patients et permettant aux praticiens de travailler dans des conditions optimales.

Ces conditions n'étaient, bien sûr, pas réunies et la signature par des centrales dont la représentativité n'est pas assurée était la pire solution. L'acheminement vers le règlement arbitral dans l'attente d'une reprise des négociations après les élections dans les URPS est la moins mauvaise mais n'est pas satisfaisante. Elle entérine la faillite des processus conventionnels avant tout due à la mauvaise volonté de l'UNCAM. Son directeur Monsieur Frédéric Van Roekeghem vient d'être reconduit dans ses fonctions qui sont avant tout de faire obstacle à toute avancée en direction des médecins libéraux et de leurs représentants. Dans cette logique il ne pouvait qu'être récompensé par les autorités de tutelles puisqu'il a réussi l'exploit de bloquer depuis 5 ans toute revalorisation tarifaire pour les médecins libéraux, à l'exception, bien sûr, de la proposition du CAPI qui inaugure le conventionnement individuel à la performance, et préfigure un redoutable goulet d'étranglement pour les candidats et par extension l'ensemble des médecins libéraux.

Dernier exemple en date, la télétransmission. Là où il s'agit d'impulser l'extension d'un dispositif technique qui recueille l'approbation d'un grand nombre d'opérateurs, la cohérence aurait été de rester à l'écoute des réfractaires et des difficultés qu'ils rencontrent pour parvenir à la mise en place de solutions adaptées, qu'elles soient financières, techniques ou réglementaires comme nous l'avons

toujours souhaité avec la prise en compte de certaines spécificités de la psychiatrie (patients sous tutelles etc.).

Monsieur Frédéric Van Roekeghem a choisi de rester sourd aux diverses propositions des syndicats pour imposer sa vision des choses. Cette manière de faire n'a rien à voir avec un régime conventionnel, mais procède du contrat unilatéralement décidé sur lequel chacun mettra le nom qu'il veut, mais nul doute qu'un tel dispositif ne pourra pas durer.

Les tutelles ne pourront pas rester éternellement sourdes à l'opinion majoritaire des médecins. Nous sommes là pour participer à ce débat et faire remonter la parole des psychiatres, ce que nous avons déjà pu faire au sein de la délégation de la FMF.

Communiqué de presse du 10/07/2009 : CMU, testing

Pour mieux imposer la mainmise administrative sur l'organisation des soins et pour éloigner plus encore le moment de revaloriser les actes de consultation, quoi de mieux que de faire diversion et livrer les médecins à la vindicte de l'opinion publique ?

Quelle aubaine que la publication de ce "testing" téléphonique sur l'accueil des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle, qui ferait apparaître des refus de soins !

Au moment de mettre en œuvre la loi HPST la Ministre de la Santé gronde, et à l'instant où reprennent les négociations conventionnelles, les caisses d'assurance-maladie menacent de sanctions les médecins qui n'atteindraient pas le quota de 5 % de patients bénéficiaires de la CMU. C'est ce qui s'appelle une mise en condition !

Il n'est pas question pour l'AFPEP-SNPP de cautionner des refus de soins au regard de la situation financière des patients. L'accès aux soins pour tous est une condition intangible de notre pratique. C'est une question de déontologie.

Or, l'Assurance-maladie n'a pas la légitimité d'être garante des règles hippocratiques. Elle peut assumer son devoir de plaignante (ce qu'elle fait si peu !) en tant que représentante des assurés sociaux, mais en aucun cas elle ne devrait être juge, ce n'est pas sa fonction.

Usurper cette place l'amène à fixer des quotas absurdes et discriminatoires (le quota de 5 % de CMU voudrait-il dire qu'au-delà de ce seuil les médecins pourraient les refuser ?). Et brocarder ainsi l'ensemble du corps médical est une insulte à notre profession.

Madame Bachelot devrait savoir qu'en chargeant l'UNCAM de punir sévèrement les médecins, elle enfreint les règles du droit en plaçant le plaignant en juge et exécuteur. Cela équivaut à faire justice soi-même. À quand le lynchage ?

Des CAPI, comme "des capitations"...

Michel Marchand

Grande médiatisation par l'UNCAM sur le succès du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI).

Certes, cela ne concerne pour l'instant que les généralistes, mais l'expérience a de quoi faire frémir. Les signataires des CAPI auraient-ils compris que le seul espoir de voir évoluer leurs revenus autrement qu'à la baisse est de se diriger vers un bonus individuel de performance ?

Performance qui serait évaluée non plus à l'aune de la seule qualité des soins prodiguée par le médecin en son âme et conscience mais en fonction de sa bonne adéquation aux critères décrétés par l'assurance maladie.

Le médecin se trouve ainsi piégé dans un contrat individuel dont les conditions pourront évoluer à la discrétion du distributeur de bonus que devient l'UNCAM.

Le médecin se trouve aussi piégé par le corollaire des contrats individuels : l'affaiblissement du contrat collectif qu'est la convention nationale, le report continuel de la revalorisation des actes cliniques en témoigne.

Le patient se trouve ici piégé par l'absence d'information de ce qui guide les choix thérapeutiques du médecin contractualisé : le seul bénéfice du patient ou l'intéressement du médecin ?

La promotion au mérite est ainsi instaurée en fonction de l'économie attendue par l'assurance maladie, qui envisage maintenant d'introduire ce dispositif dans la nouvelle convention.

Nous refusons ce dispositif.

Seule une véritable convention collective respectueuse des médecins et des patients permettra de garantir les conditions nécessaires à des soins de qualité.

Télétransmission : sanction, amende et pénalité

Michel Marchand

Voilà le nouveau langage tenu par l'UNCAM, cette fois à l'égard des médecins non télétransmetteurs.

Certaines CPAM n'hésitent pas à conseiller aux patients de changer de médecin si ce dernier ne télétransmet pas, distillant ainsi une suspicion sans fondement sur les pratiques de ce médecin.

Il est désormais question de sanctionner les récalcitrants par une amende de 1 200 € plus une pénalité de 0,50 € par feuille de soins papier comme s'il s'agissait d'une conduite délinquante !

Le SNPP a toujours récusé l'obligation faite aux médecins de télétransmettre, défendant le libre choix de matérialiser l'acte de soin, refusant de participer à toute atteinte possible à la confidentialité (notamment dans la perspective des informations médicales contenues dans la carte Vitale 2), contestant enfin les conditions matérielles de cette obligation.

Ce n'est pas pour rien que 48 % des psychiatres ne télétransmettent toujours pas, dix années après la parution du décret faisant obligation de s'équiper pour cela.

Nous sommes là devant un transfert de charge de l'Assurance-maladie vers les médecins sans que leur soient donnés les moyens correspondants. La rémunération de 0,07 € par feuille de soins électronique (qui devrait passer à 0,04 €, plus un forfait annuel de 250 €) est en effet indigente face à l'économie réalisée par l'Assurance-maladie (1,47 € selon les chiffres de l'UNCAM) et ne compense que très partiellement le coût du matériel et de la maintenance supportée par les médecins.

Pour que la donne soit équilibrée, il conviendrait au minimum que l'Assurance-maladie fournisse à chaque médecin le matériel et le service de maintenance.

Il ne serait pas choquant que le choix d'établir une feuille de soins papier, induisant une dépense, soit assumé par une modeste contribution, mais en aucun cas une amende ou une pénalité.

N'est-il pas choquant par contre que cette mesure intervienne alors que toute revalorisation décente des honoraires est sans cesse différée, et ceci depuis des années ?

Le SNPP s'emploiera à ce que cette contribution reste symbolique et ne vienne pas encore rogner davantage les revenus des psychiatres, revenus parmi les plus bas des disciplines médicales.

Lettre ouverte au CNOM + fac simile lettre de la CPAM de l'Essonne

Paris, le 21 décembre 2009

Monsieur le Président et Cher Confrère,

Plusieurs confrères nous ont signalé l'existence de courrier adressé à leurs patients par les CPAM dont ils dépendent tels que celui que je joins à cette lettre.

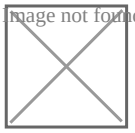
Nous sollicitons votre avis quant à la teneur du dernier paragraphe de ce courrier qui, après avoir vanté les avantages de la télétransmission des feuilles de soins, invite le patient à s'adresser à un autre professionnel.

Cette intrusion dans la relation médecin/malade et dans le libre choix du médecin par le malade nous parait de l'ordre de la contre publicité illicite.

Croyez que dans notre attitude, nous tentons d'être fidèles à nos engagements déontologiques d'indépendance professionnelle. Nous serions aidés dans notre démarche par une prise de position du Conseil de l'Ordre dans ce sens.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président et Cher Confrère, nos salutations les meilleures.

Dr Olivier SCHMITT
Président de l'AFPEP - SNPP



Signalement des absences

Parmi les centaines de décrets d'application nécessaires à la mise en place de la loi HPST votée en juillet, l'encadrement des vacances des médecins a semblé prioritaire. Ainsi, selon le projet de décret du 27 août 2009, l'obligation déontologique d'assurer la continuité des soins devient une obligation légale. En cas de non-remplacement, le médecin doit indiquer au patient les coordonnées d'un confrère. De plus, avec " un délai de prévenance " de 2 mois, il doit signaler à l'Ordre des médecins ses absences de plus de 6 jours ou en période de " pont ". À charge des conseils départementaux de prévenir les Agences Régionales de Santé en cas de difficulté. Sans conséquences probables dans les grandes villes, ce projet sera inapplicable ailleurs. Ne s'agit-il seulement pas de donner le ton ?
Consulter le texte de loi :
http://www.afpep-snpp.org/cms/uploads/files/news/loi_hpst.pdf
Et le projet de décret du 27 août :
http://www.afpep-snpp.org/cms/uploads/files/news/projet_decret_090831.pdf

NdlR

Affichage des honoraires

Communiqué du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 2 avril 2009

Quelques conseils à lire absolument avant affichage

Ces conseils résultent des termes du décret, de l'analyse qui en a été faite, et de précisions apportées par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF).

Le « remplissage » de ce modèle d'affiche communiqué à la DGCCRF est la garantie du respect de la loi.

L'absence d'affiche ou un affichage déficient peut donner lieu à des sanctions administratives pouvant atteindre 3 000 €.

Elles n'interviendraient toutefois que dans un deuxième temps, si après un rappel par l'enquêteur des exigences de la loi et de la réglementation, le médecin ne s'est pas mis en conformité lors de la 2e visite de celui-ci quel que soit le moment de celle-ci (au plus tôt 15 jours après le 1er contrôle). La DGCCRF nous a bien indiqué qu'il n'y aurait pas un deuxième rappel.

1. L'obligation d'affichage s'impose aux médecins « qui reçoivent des patients ». Un médecin spécialiste (médecin biologiste ou anatomo-cyto-pathologiste) qui ne recevrait de patients qu'exceptionnellement devra cependant souscrire à cette obligation et procéder à l'affichage des tarifs des actes pratiques.

2. L'obligation d'affichage s'impose également aux praticiens hospitaliers à temps plein autorisés à développer une activité libérale à l'hôpital.

3. Dans le cadre d'un cabinet de groupe et si tous les médecins qui exercent relèvent du même secteur conventionnel et pratiquent les mêmes actes et tarifs d'honoraires, l'affiche peut être commune et précisera alors le nom de tous les praticiens.

4. L'affiche doit être apposée de manière visible et lisible dans la salle d'attente. L'information doit être accessible et compréhensible et l'affiche ne doit pas être dissimulée au regard des patients. A défaut de salle d'attente, elle doit être apposée de manière tout aussi visible et lisible dans le cabinet de consultation du médecin.

5. Les mentions en italique sont des mentions obligatoires définies par l'article R1111-22 du code de la santé publique.

6. Dans un souci de simplification de l'information destinée au patient, le détail sur l'affiche des actes et majorations (exemple CS + MPC + MCS) n'est pas nécessaire mais uniquement la mention du montant final de l'acte.

7. Les deux premiers tableaux des médecins généralistes et le premier tableau des médecins spécialistes correspondent aux informations obligatoires listées à l'article R 1111-21 du code de la santé publique : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins. Si le médecin effectue même ponctuellement certains de ces actes, l'affiche doit obligatoirement en indiquer les tarifs. Ainsi, un médecin spécialiste qui ne réaliserait de visites que de façon exceptionnelle devra cependant en indiquer le tarif. En revanche, si le médecin ne réalise jamais certains de ces actes, l'affiche ne les mentionnera pas. Il en va ainsi du médecin généraliste qui, compte tenu de l'organisation locale de la permanence des soins, n'effectuerait aucun acte en nuit profonde. Il n'aurait pas alors à mentionner les majorations correspondantes.

8. La réglementation ne prévoit pas pour le premier tableau l'indication du tarif de la visite non majorée. Il est cependant recommandé de le remplir si vous effectuez ce type de visites.

Voir sur le site du CNOM : http://www.conseil-national.medecin.fr (NdlR)

Information préalable sur les dépassements d'honoraires

Depuis le 1er février 2009, les médecins en secteur 2 demandant des honoraires à partir de 70 € doivent légalement faire signer une note préalable d'information sur les honoraires. On peut dès lors se demander comment fixer les honoraires avec tact et mesure, mais préalablement à l'entretien. Ce qui posait déjà question pour l'affichage pouvait ensuite être discuté. La nouvelle loi impose de signer d'abord et discuter ensuite ! Mais le texte est là, à nous de trouver comment l'utiliser dans nos pratiques. Il s'agissait paraît-il de limiter les dépassements, voilà qu'ils vont du coup être renforcés. Vous trouverez en tout cas le modèle de document à faire signer au patient, tel que proposé par l'ordre des médecins :

http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=infopatient/article.php&offset=1

Frais de transport et CMPP

Marc Maximin

Refus de prise en charge des frais de transport pour les enfants consultant dans les CMPP

Il s'avère que les CPAM refusent de plus en plus de prendre en charge les frais de transport des enfants qui se rendent dans les CMPP, quand leurs parents sont dans l'impossibilité de les y accompagner.

Des circulaires dérogatoires permettaient aux médecins conseils de l'Assurance-maladie, jusqu'à la loi de 2005 venue remplacer la loi de 1975, de donner leur accord. Ces circulaires sont devenues caduques. Il s 'en suit un vide juridique.

Un groupe de travail constitué à l'initiative du Ministère de la Santé et de l'Uncam a rendu ses conclusions en juillet dernier en préconisant :

- Un moratoire pendant lequel la CNAM applique le maintien des dispositions antérieures

- Le retour à la situation d'avant la loi de 2005

Devant un refus, il y a lieu pour l'instant :

- D'interpeller la CPAM en lui demandant de surseoir à la décision de refus de prise en charge, en faisant référence au moratoire en question

- De saisir de cette question les parlementaires locaux, qui votent la loi de financement de la sécurité sociale

Une convention avec l'Unaformec

Martine Dubuc

L'UNAFORMEC, dont l'AFPEP est cofondatrice, est une fédération de très nombreuses associations de formations médicales, agréée FMC et EPP. Elle s'avère incontournable dans le cadre des décrets d'application en préparation qui devront organiser le DPC (Développement

Professionnel Continu) qu'a introduit la loi HPST et qui rassemblera la FMC et l'EPP dans une seule entité.

Avec cet organisme, nous avons engagé un processus de délégation d'agrément qui permettra à nos actions de formation d'être agréées DPC dans des conditions acceptables de simplicité.

La signature de la convention de délégation d'agrément a une grande signification symbolique, mais n'est qu'une étape.

À terme, les associations affiliées à l'AFPEP devront, elles aussi, bénéficier de cette délégation d'agrément.

Nous vous tiendrons informés de l'évolution de ce processus qui permettra à moindres contraintes de remplir nos obligations de DPC.

http://www.unaformec.org/Le-magazine-de-la-quinzaine.html

Les régimes de retraite : menaces sur l'ASV

Christian Julien

La CARMF est affiliée à la CNAVPL (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales) laquelle est sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Solidarité.
Le Conseil d'Administration de la CARMF est composé de 23 Administrateurs élus et de leurs suppléants, de 2 administrateurs présentés par le Conseil de l'Ordre et de 3 cooptés.
Le Régime de Base de la retraite a une gestion indépendante de la CARMF
Le Régime Complémentaire ne pose pas problème dans l'immédiat.
Le Régime ASV qui représente 39 % de la retraite est au bord de l'asphyxie.
Enfin le Régime Invalidité-décès tient une place importante à la CARMF

Au 1er octobre 2009

37276 médecins à la retraite ont perçu en moyenne mensuellement :

488 € pour le régime de base (19 %)

1 073 € pour le régime complémentaire (42 %)

994 € pour le régime ASV (assurance sociale vieillesse) (39 %)

Soit au total 2 555 € mensuels tous régimes confondus (c'est-à-dire 7 665 € par trimestre échu)

Le Régime de Base

La CARMF ne décide pas en ce qui concerne ce régime.
C'est la CNAVPL qui assure sous l'autorité de l'état les mécanismes de compensation et de

solidarité entre caisses.
Nota bene : le pourcentage de 19 % doit être évalué à sa juste mesure : si les médecins veulent continuer à avoir une retraite ils ne le devront qu'à eux-mêmes !

Le Régime Complémentaire

La réforme de ce régime a été effectuée en 1996. Celle-ci avait pour but tant que le rapport démographique était bon (1 retraité pour 3 cotisants) de provisionner de façon obligatoire une " masse d'argent " afin de faire face aux difficultés qui à l'époque se situaient pour 2015-2016. Ce fonds commun était alimenté d'une part par une augmentation de la cotisation à 9,2 % (dont 2,5 % servaient pour la constitution de cette " masse ") et d'autre part par une baisse du pouvoir d'achat des retraités de 12% !

Des études actuarielles projettent que pour maintenir le même niveau de retraite jusqu'en 2045 il faudrait au moins porter le taux de cotisation à 10,3 % si et seulement si on le fait rapidement tant que le rapport démographique actifs/retraités est encore suffisamment puissant pour réussir une telle opération !
La gestion du régime complémentaire n'est redevable que de la profession et si les cotisants refusent cette augmentation qu'il s'agit de faire passer de 9,2 % à 10,3 % avant 2015 le régime complémentaire sera également en difficulté alors qu'il constitue la " colonne vertébrale " de notre retraite. En effet les réserves, " la masse d'argent ", qui étaient de 6 ans et 10 mois en 2007 sont passées à 5 ans et 8 mois en 2008. À cela il faut ajouter que le nombre de médecins qui prennent leur retraite avant 65 ans est en augmentation constante et - même si ceux-ci paient des cotisations sans contrepartie de points - ils sont déjà plus de 33 % à opter pour le cumul retraite plus activité libérale, plafonnée avant 65 ans, déplafonnée après 65 ans (loi 2009), et également déplafonnée pour une activité salariée.

Le Régime Assurance Social Vieillesse dit ASV

Il faut le dire clairement ce régime, si rien n'est fait, sera en cessation de paiement en 2013.
Hors nous sommes pratiquement en 2010. Il ne reste donc plus que 3 ans pour le rendre au mieux durable.
Ici deux logiques s'affrontent chez les syndicats de médecins :
- Les partisans de la réforme de L'IGAS de 2004, revue et corrigée,
- Les partisans de la fermeture complète et définitive de ce compartiment pour aligner la retraite des médecins sur l'ensemble des retraites à savoir : régime de base plus régime complémentaire.

Les partisans de la réforme de l'IGAS :

Que prévoit la réforme de l'IGAS ?
Faire payer aux seuls médecins l'addition sous réserve que l'Assurance-maladie continue de financer les 2/3 des cotisations de ce régime pour les médecins en secteur 1. Cette contribution avait été proposée, en son temps, par l'Assurance-maladie pour inciter les médecins à adhérer à la nouvelle Convention alors en discussion. (les temps ont bien changé !)

Il faut rappeler à ce sujet la décision du ministre de l'époque M. Barrot, ministre des Affaires Sociales, qui en 1972 et en 1981 a procédé à une distribution gratuite de points, épuisant plus rapidement que prévu l'argent versé par les Caisses, au lieu d'en poursuivre la capitalisation, puisque le rapport démographique était à l'époque très favorable de 1 retraité pour 5 ou 6 actifs.
Que préconise donc l'IGAS ? Pour les retraités, un gel de la valeur du point sur 20 ans et pour les futurs retraités une baisse de 60 % de la valeur des points acquis avant 1992, de 30 % de ceux

acquis après cette date et pour les points acquis après 2OO6 une baisse de 50 % de leur valeur. Par ailleurs, une nouvelle cotisation serait instituée dite " cotisation d'équilibre " dont la vocation serait de pérenniser le système.

D'autre part, la loi de 2006 dont les décrets ne sont toujours pas parus autorise maintenant l'Assurance-maladie à moduler sa participation des 2/3 selon l'état de ses finances ! et quand on sait dans quel état elles sont, sans être alarmiste, on ne peut que se faire du souci.
Enfin la CARMF ne manque pas de rappeler aux futurs retraités et à ceux qui le sont déjà, (retraite prise depuis 2006), que le montant de leur allocation trimestrielle n'est calculé que sous la plus expresse réserve, en attendant la publication des décrets préconisant " les solutions " de l'IGAS et qui viendront en minoration de ce qu'ils touchent aujourd'hui.

Les partisans de la fermeture de ce régime :

Le président Maudrux et le conseil d'administration de la CARMF ainsi que la FMF à laquelle le SNPP est affilié en tant que syndicat de spécialité, sont favorables à cette solution.
Il est difficile de trouver un chiffrage précis de la fermeture car, si elle était appliquée, la participation de l'État, de l'Assurance-maladie et des médecins seraient n'en doutons pas âprement discutées et personne n'a semble-t-il intérêt à dévoiler trop vite son jeu à l'avance. (du moins c'est une interprétation possible).
Quoi qu'il en soit, il faut prendre garde à ne pas diviser le mouvement syndical.
Mais il faut souligner également, la responsabilité que le mouvement syndical prend en n'abordant pas de façon plus déterminée cette question vitale pour les adhérents.

En conclusion,

Il y a sans doute des questions conventionnelles bien plus importantes que ces " histoires de retraite " mais si les médecins n'y prennent garde, compte tenu de la grande disparité des revenus, certains de nos confrères pourraient se retrouver dans de réelles difficultés au moment de leur retraite et être obligés indéfiniment de continuer à travailler pour maintenir une autonomie financière si chèrement acquise. Mais n'est-ce pas en fait la précarisation recherchée au plus haut niveau de l'État laquelle s'érige en méthode de gouvernement ?

À suivre...

L'Afpep au congrès des internes

Michel Marchand

Rencontre avec l'AFPEP ou le désir de transmission

Représentée par ses délégués régionaux et par son secrétaire général, l'AFPEP a participé au 6e Congrès National des Internes en Psychiatrie (CNIPsy).

Les 1er et 2 octobre, dans les murs du Parlement Européen à Strasbourg, les internes en psychiatrie ont invité un large panel des diverses approches de l'enseignement et des conceptions de l'homme en psychiatrie, interrogeant successivement la place des neurosciences et de la psychanalyse, la fonction de la parole, le rôle du lien social, la question de la norme et de la différence, les dérives objectivantes.

À l'issue de ce congrès nous avons été invités à l'Assemblée Générale de l'Association Fédérative de Formation des Étudiants en Psychiatrie (AFFEP) : l'occasion d'un échange très nourri avec les internes fortement intéressés par notre proposition d'impliquer les psychiatres d'exercice privé dans la transmission de notre pratique en cabinet libéral au sein de leur cursus de formation.

Stages chez le praticien, à l'instar de ceux qui ont été instaurés chez les généralistes ou même chez les psychiatres dans d'autres pays, groupes de supervision, groupes de pairs... : voilà de la matière à travailler au cours des prochains mois pour faire connaître la spécificité de notre pratique, la réalité de notre exercice, concevoir les modalités d'accueil et de suivi des étudiants, articuler notre rôle de transmission avec la formation universitaire.

Donnons-nous la capacité de transmettre les fondamentaux d'une psychiatrie humaniste !

Etude américaine sur la dangerosité des malades mentaux

Une analyse d'une " cohorte " portant sur 34653 personnes dans le cadre d'une étude de veille sanitaire épidémiologique nationale aux Etats-Unis montre que la dangerosité des malades mentaux n'est pas significativement plus élevée en l'absence de comorbidité (addictions).

Les auteurs soulignent que *" les praticiens doivent regarder au-delà du diagnostic de maladie mentale et prendre en considération de manière plus attentive l'histoire du patient comme sa vie actuelle, quand ils veulent évaluer le risque de violence ".*

Cette étude n'indique pas si l'isolement des malades ou les mauvais traitements infligés augmentent l'incidence de leur violence mais tombe néanmoins à pic pour justifier la critique des politiques sécuritaires....

Elbogen et al., Arch. Gen. Psychiatry. 2009;66(2):152-161

Penser malgré la pub

Patrice Charbit

Comme de nombreux psychiatres, nous venons de recevoir une publicité pour un castrateur chimique. En plein cœur de l'intense campagne médiatique concernant des faits-divers à caractère sexuel, cette information concernant l'arsenal pharmacologique est apparue essentielle à des conseillers en marketing.

Si de banales interrogations sexuelles sont à la pédophilie ce que la moindre turbulence est à l'hyperactivité, le marché risque en effet d'être conséquent.

Mais ce qui devrait appartenir au registre du droit pénal n'est-il pas en passe de devenir l'objet d'une " psychiatrie de précaution " à la solde d'intérêts commerciaux ?

Dans l'intimité d'un cabinet, prescrire un castrateur au patient anxieux prêt à s'inventer un dérapage possible sans jamais passer à l'acte, sans doute effrayé de se croire dangereux, n'aura-t-il pas pour seul mérite de préserver... des " parts de marché " ?

Les contraintes prédictives ne vont-elles pas transformer le psychiatre en exécuteur de sanction pour des crimes imaginés ?

Cet espace n'existait pas, le voilà ouvert.

Sans aller jusqu'à y voir malice, nous pouvons au moins poser les questions suivantes :

- Encouragés ou non par des échéances électorales, nos gouvernants ne devraient-ils pas se préoccuper de l'impact des horreurs qu'ils prononcent ?

- La traduction cynique immédiate en termes commerciaux des " discours autorisés " ne devrait-elle pas conduire à la prudence la plus élémentaire ?

Dans ce contexte, notre indépendance professionnelle et notre liberté de pensée restent les seuls remparts contre notre instrumentalisation par la démagogie des intérêts politico-économiques.

Le groupe des 39 contre la nuit sécuritaire : le meeting de Montreuil du 28/11

Patrice Charbit

Le " groupe des 39 contre la nuit sécuritaire " a réédité avec succès un rendez-vous national. Après plus d'une année de forums dans tout le pays, le meeting de Montreuil a rassemblé plus d'un millier

de personnes. La mobilisation reste donc sensible. Une dynamique de passage de la revendication à l'élaboration est palpable. L'intervention de Yves Clot (titulaire de la Chaire de Psychologie du Travail au Conservatoire National des Arts et Métiers et directeur du Centre de Recherche sur le Travail et le Développement) a été particulièrement remarquable dans ce sens. La notion d'évaluation, dont nous sommes expropriés à grands pas, se confirme être un enjeu de nos soins au travers des accréditations et obligations de formation. L'évaluation, censée permettre un regard critique constructif, n'est-elle pas en passe de devenir un instrument de sélection des pratiques ?

Cette dérive a été singulièrement soulevée.

Des témoignages concernant des bouleversements inacceptables, notamment au cours d'hospitalisations, continuent d'affluer.

Pour suivre l'actualité des " 39 ", rendez-vous sur le site : http://www.collectifpsychiatrie.fr/

Module de formation

La prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie

Samedi 16 janvier 2010 - 141 rue de Charenton - 75012 Paris - 9h30 à 12h30 - 14h à 17h

Cette pratique longtemps décriée n'est pas si courante et continue de faire l'objet de débats passionnés.

Ce mouvement passionnel est au coeur de l'engagement des pédopsychiatres dans leur travail quotidien. Confrontés à des situations cliniques toujours renouvelées, un certain nombre d'entre eux font le choix d'une prescription médicamenteuse qui vient aussi marquer la spécificité de la pratique pédopsychiatrique, dès lors qu'elle est parfaitement maîtrisée.

Aussi il nous a paru intéressant de proposer un module de formation sur la prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie et nous avons fait appel à deux intervenants, le docteur Catherine DELMAS - praticien hospitalier au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et le docteur Jean CHAMBRY - praticien hospitalier à la Fondation Vallée, qui nous feront part de leur expérience, leur interrogation et les enseignements qu'ils en tirent.

Nous avons décidé de limiter les inscriptions à 30 participants pour garantir à tous des échanges de qualité afin de mener à bien un projet pédagogique plus abouti.

La journée sera coordonnée par les docteurs Béatrice DUQUESNE, pédopsychiatre libérale au Havre et Martine DUBUC, déléguée pour la FMC à l'UNAFORMEC, pédopsychiatre libérale à Villiers-sur-Marne.

L'AFPEP ayant l'agrément pour la Formation Médicale Continue, la participation à cette journée sera validante pour la FMC selon les nouveaux critères qui seront en vigueur.

Séminaire de printemps - Samedi 10 avril 2010

Le principe de précaution : Diktat prédictif ou prévention ?

Institut National des Jeunes Sourds de Paris - 254 bis, rue St Jacques - 75005 PARIS

Après trois siècles passés dans la jubilation d'un progrès basé presque exclusivement sur des avancées technologiques entretenant le mythe d'un tout possible, d'un savoir et d'une jouissance sans limite, notre « modernité » bascule dans une méfiance de principe face à la nouveauté. Parallèlement, la complexité et l'incertitude deviennent suspectes : tout problème doit avoir une solution, une explication objectivant une causalité simple et linéaire.

Ce nouvel état d'esprit vise à l'éradication du doute, à l'impératif de tout prévoir. La prudence se transforme en principe : le principe de précaution, c'est-à-dire l'exigence d'anticiper le risque qui ne peut être connu mais serait susceptible de se révéler dans l'avenir. Il présente un aspect divinatoire, puisqu'il impose d'aller au-devant du risque avant qu'il ne se réalise. Il instaure par ailleurs une tension permanente entre notre présent et notre avenir : tout en soulignant la précarité du présent, il substitue à notre responsabilité envers l'avenir un sentiment d'accablement sous le poids de menaces dont la liste s'allonge sans cesse.

Ce principe tend à organiser la société autour d'une logique fondée sur l'illusion d'un risque zéro, avec comme corollaire une conception du lien social étroitement encadrée par des nécessités assurantielles et sécuritaires. Il devient donc l'outil indispensable d'une politique visant à assurer que tout est mis en place pour notre bien-être et notre sécurité : le « meilleur des mondes » ...

Personne ne remet en cause l'importance et la nécessité de la prévention. Cette dernière doit toutefois éviter les approximations, appliquer des méthodes reconnues et validées et respecter des valeurs. C'est pourquoi, tant sur le plan sociétal que sur celui de la pratique psychiatrique, un débat de fond s'avère nécessaire.

- Qu'est-ce qui a permis ce glissement de la prévention au principe de précaution qui tendent actuellement à se confondre ?

- Peut-on vivre sans risque ? À force de prudence ne risque t-on pas de se garder de toute initiative, pensées ou désirs ?

- Quels peuvent être les effets psychiques de cette tension permanente d'un avenir construit comme toujours menaçant ?

- Ne confisque-t-on pas la responsabilité collective ou individuelle, fondatrice de la liberté, en la confondant avec l'impératif de précaution ?

- Quelles sont les conséquences du « tout sécuritaire » sur l'organisation de la société, sur la place du "fou" et donc sur notre pratique de la psychiatrie ?

Rien n'est pourtant figé. Il nous appartient d'élaborer des réflexions, des stratégies qui se libèrent de la nostalgie du passé et de l'opposition à toutes nouvelles approches pour parvenir à mieux nous repérer, dans le respect de nos valeurs, face à l'évolution de la prévention dans nos pratiques.

Inscription : 40 € (20 € pour les internes et les étudiants)

Pénalités

Patrice Charbit

Décret n° 2009-982 du 20 août 2009 relatif aux pénalités financières prévues à l'article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale et à diverses mesures intéressant la lutte contre la fraude.

Le texte de ce décret est sur le site de l'AFPEP-SNPP :

http://www.afpep-snpp.org/cms/uploads/files/news/penalites.pdf

La sous-section 4 nous concerne particulièrement. Pour ceux qui rechignent à cette " littérature " (tout y est fait pour ralentir la lecture et la compréhension) nous proposons la grille de lecture suivante : les caisses effectuent une courbe de Gauss à propos des arrêts de travail, transports médicalisés, nombre de consultations par patient, prescriptions, nombre de CMU etc. Après un avertissement par courrier, la CPAM peut traîner le praticien qui n'est pas dans " la norme " devant une commission des pénalités. N'hésitez pas à prendre contact avec le syndicat à la réception de ce type de courrier.