

Informations brèves

C.P.S. et télétransmission

Les Caisses primaires font actuellement le forcing auprès des praticiens, parfois sur un ton quasi-comminatoire, pour obtenir d'eux qu'ils effectuent leur demande de **carte professionnel de santé (C.P.S.)**, dans la perspective explicite de la **télétransmission des feuilles de soins électroniques (F.S.E.)**.

Il est donc important de rappeler que ni l'une, ni l'autre ne sont absolument obligatoires. La CPS est effectivement nécessaire pour télétransmettre (les autres services accessibles par le R.S.S. – réseau santé social – demeurant pour l'instant rudimentaires). Mais la télétransmission elle-même ne peut être imposée : outre que pour l'instant elle "cafouille" largement à l'expérience des 2 % de médecins qui la pratiquent, soit du fait du réseau, soit en raison des malfaçons constatées pour la carte Vitale, le seul risque couru à ne pas la pratiquer est d'avoir à payer quelques centimes pour chaque feuille de soins papier à partir du 1/1/2000. Et évidemment, pour ceux qui auraient accepté la prime à l'informatisation, d'avoir à restituer celle-ci au même terme.

Par ailleurs, nous n'avons toujours obtenu aucune garantie formelle concernant le dossier médical informatisé de la future carte **Sesam-Vitale II** (confidentialité, codages, etc.). Ce problème préoccupe fort les organisations de protection des libertés – et nous-mêmes évidemment. Sur le plan syndical, on peut estimer que le retard à réclamer la C.P.S. est une des manières pour la profession d'exercer une pression "politique" sur l'évolution du système, à la recherche de garanties vraies et surtout d'exemptions, au moins pour nous psychiatres.

Un prochain dossier sera consacré dans le BIPP à ces questions.

Exercice exclusif

La notion d'exercice exclusif se resserre au regard du Contrôle médical des Caisses. Après une collègue de l'Hérault qui a vu ses cotations déqualifiées de CNPsy en CS (!) au motif que prescrivant des médicaments non psychotropes, elle sortait de ses attributions de psychiatre – alors même qu'il s'agissait le plus souvent d'adjuvants au traitement psychotrope, un autre psychiatre, de la Marne celui-là, se voit refuser des prescriptions, exceptionnelles, de kinésithérapie au motif de "non qualification professionnelle d'un psychiatre pour les actes de kinésithérapie", alors que le bien-fondé de la prescription elle-même n'est pas discuté. Et aucun des deux ne "font commerce" d'une clientèle non psychiatrique...

Déjà les prescriptions "de dépannage" tendent à disparaître de nos pratiques, enveloppe aidant. Mais l'étroitesse des contrôles paraît encore s'accuser, au-delà de toute logique médicale et... de toute économie. Le contrôle médical ne prend plus du tout ici en considération l'intérêt du malade mais raffine dans le pointillisme bureaucratique. Quant à l'omnivalence du diplôme de docteur en médecine ?

Arrêts de travail : horaires de sortie libres

Encore du pointillisme... C'est dans le Var cette fois-ci que ça se passe, le Président du CA de la Caisse primaire refusant ce type de prescriptions au motif d'infraction à la réglementation (et alors même qu'il

fournit des textes démontrant le contraire !). Jusqu'à présent, cet usage n'était guère contesté en psychiatrie où les motifs thérapeutiques les plus pertinents le justifient. Toujours l'intérêt des malades ?

Mutuelles

L'Assemblée générale de la SMEREP a décidé qu'à partir du 1/1/99 elle prendrait en charge 15 CNPsy par an et 30 jours d'hospitalisation psychiatrique. C'est mieux que 0 comme précédemment, même si cela reste largement insuffisant pour une population étudiante dont on connaît la vulnérabilité psychiatrique. On peut penser à cet égard que les protestations syndicales ont servi à quelque chose...

Établissements de postcure psychiatrique

Le groupement des établissements de postcure psychiatrique de la région PACA proteste contre la façon injuste et obsolète dont est honorée la surveillance médicale dans ces établissements.

En effet, tutelle et contrôle médical demandent que cette surveillance soit de plus en plus médicalisée, correspondant à l'admission de malades de plus en plus lourds, sortis précocement de court séjour psychiatrique. Le travail médical inclut toujours plus de visites, d'astreintes et une prise en charge psychothérapique. Une observation médicale aux normes ANAES est exigée. Or les praticiens sont rémunérés sur la base de 13,43 F par jour et par malade pour le généraliste, 11,25 F par jour et par malade pour le psychiatre...selon des cotations qui n'ont pas varié depuis l'origine...

Est-ce la bonne manière pour favoriser l'engagement des praticiens dans une surveillance médicale de la qualité souhaitée et adaptée aux besoins des malades ? En ajoutant que cette tarification varie du simple au double selon la région, seul exemple d'un acte médical honoré différemment sur le territoire national, ce qui paraît contraire au principe d'égalité.