Campagne URPS

En septembre les enjeux électoraux seront donc cruciaux si l'on veut tenir encore un bout de pouvoir face aux ARS !

Des listes FMF pour les collèges de spécialistes où l'on comptera les psys (essentiellement SNPP) déterminés à défendre la spécificité de notre pratique seront constituées.

La récupération de l'accès spécifique permettrait déjà de tirer notre épingle du jeu avant le déremboursement total de l'accès direct si hors parcours qui nous pend au nez.

L'augmentation de nos honoraires des 25 dernières années est proportionnelle à la considération qui est portée à notre pratique, dévalorisée et attaquée par ceux qui veulent faire de nous des gardiens de l'Ordre social et de l'Ordre moral, des rééducateurs, évaluateurs, faiseurs d'échelles, opérateurs sinon superviseurs de recettes comportementales vite apprises, distributeurs de pilules, déjà quasi conditionnés à l'idée d'une CCAM clinique qui finira de nous découper en actes là où l'essentiel est dans la totalité de notre personne et de notre trajet, engagés dans le rapport à l'autre.

Le Pouvoir ne supporte plus d'espace de liberté propre aux médecins libéraux (liberté de choix du médecin par les patients, liberté des choix thérapeutiques, liberté de faire passer notre déontologie avant les choix politiques de santé publique lorsqu'ils rentrent en contradiction etc.).

Cette diminution relative des revenus conventionnels des professions de santé s'éclaire par la prise en considération de cette dérive programmée vers un système assuranciel (privé ou mutualiste), notons les spéculations sur le CRDS par la CADES, les déremboursements divers, l'étatisation des recettes URSSAF (CSG), les dettes de l'État à l'URSSAF etc. Tout ceci me semble destiné à la réintroduction de l'énorme masse financière de la Sécu dans le jeu du Capital, bref, un soutien (volontaire ou obligé ?) à la grande finance par les politiques.

L'accès spécifique permet de desserrer un peu l'emprise sur nos patients autant que sur nous. Nous avons réussi jusqu'ici à contourner ce parcours mais tout donne à penser qu'il va se radicaliser, que les moyens de la surveillance et de la sanction vont se perfectionner pour le garantir. Accepterons-nous qu'on nous impose une "coordination" ou ce "travail en réseau" (obligatoire?) censé garantir une "optimisation" des soins, avec un Médecin Traitant, Gatkeeper et Grand Synthétiseur ? Supporterons-nous encore ce terme d'optimisation qui se donne des airs scientifiques et de générosité alors qu'il s'agit encore de comptabilité, de territoire et de réassurance mais sûrement pas de protection?

Face à cela, même modestement, la FMF est le seul syndicat polycatégoriel qui s'engage à défendre un certain nombre de points sensibles pour les psychiatres, développés ailleurs dans les pages de ce BIPP, elle signifie clairement par un communiqué officiel son soutien à la récupération de l'accès spécifique pour les psys.

En septembre prochain, n'oubliez pas de voter vous risqueriez de le regretter.

Philippe Latinis
Psychiatre à Eaubonne

PS : PETIT RAPPEL HISTORIQUE A L ATTENTION DES PSYCHIATRES POUR LES PROCHAINES ELECTIONS AUX URPS 2010 : 5 ans déjà coucou nous revoilà !

Un article de Yves Froger (BIPP N°42 Novembre 2005) écrit en 2005 toujours d'actualité.

"Le combat pour l'accès spécifique n'est pas terminé. Aucun avenant modifiant le texte conventionnel n'ayant été signé le 1er juillet, nous pensions que l'idée d'un accès spécifique pour la totalité des soins en psychiatrie avait fait son chemin chez les signataires de la convention.

Erreur, les centrales signataires (CSMF et SML) ont obtenu la désignation de deux experts universitaires chargés de délimiter le périmètre de l'accès spécifique en psychiatrie en vue de la rédaction d'un avenant.

Nous sommes pour le moment dans l'attente du rapport des experts, mais ce nouvel avatar de la vie conventionnelle appelle plusieurs commentaires.

1. Nous rappelons que la direction de la Haute Autorité de Santé a refusé de se prononcer sur cette question faute de données scientifiques pour répondre, et a souligné que cette question relevait plus de données politiques et culturelles, renvoyant les négociateurs à leur responsabilité, qu'ils ne sont toujours pas en mesure de prendre.

2. C'est en effet un comble que deux centrales syndicales supposées défendre la pratique des médecins libéraux fassent appel à deux universitaires très éloignés de cette pratique pour rédiger un rapport à ce sujet. Nous ne pouvons que dénoncer l'inconsistance et l'inconséquence de ces centrales, incapables de tenir dans la négociation la position de défense de la psychiatrie libérale. Ceci ne nous étonne pas et nous rappelons que nous avons quitté la CSMF il y a plus de trois ans maintenant pour cette raison.

3. Il nous faut bien sûr préciser de nouveau les fondements de notre position. Cette convention repose sur l'idée du parcours de soins et sur l'axe médecin généraliste traitant - médecin spécialiste consultant, à qui il est fait appel pour un avis diagnostique ou un acte technique, plébiscité par la grande majorité des protagonistes de la négociation. Nous pensons que cette partition ne convient absolument pas à la psychiatrie. Nous n'acceptons pas d'être enfermés dans le cadre des médecins spécialistes consultants tant il est évident pour tous que le psychiatre est un spécialiste traitant, c'est-à-dire à qui le médecin généraliste ou le patient lui-même font appel pour l'instauration et la prise en charge du traitement qui se met en place dès la première consultation. Ceci constitue la spécificité de notre discipline qui nécessite pour cette raison une place à part dans le parcours de soins, que seul l'accès spécifique reconnaît. L'accès spécifique se justifie par les situations où la consultation du spécialiste en premier recours doit être accordée au patient. C'est typiquement le cas de la psychiatrie et il est inconcevable de réserver cette opportunité aux seuls patients à même de faire l'effort financier d'un moindre remboursement, et de l'acquittement d'un dépassement, c'est-à-dire de s'orienter vers l'accès libre, d'autant plus que ce comportement est considéré comme déviant au regard de la règle avec tous les effets délétères ou dissuasifs que cela peut entraîner dans les soins. Notre argumentation tient en ces quelques lignes. Nous l'avons très largement exposée et elle n'a jamais été contestée. La logique du parcours de soins ne peut pas s'appliquer sans exception : la psychiatrie en est une. Alors bien sûr cela nous prive des possibilités de dépassements-sanctions prévus dans les cas où des patients ne respectent pas les règles du parcours de soins, mais nous pensons que la pratique psychiatrique libérale n'est pas compatible avec un tel dispositif qui repose sur l'assimilation du patient à un délinquant, avec tous les effets de culpabilité que cela entraîne, et sur l'application par le psychiatre d'une punition. Si d'autres que nous font ce choix pour quelques euros de plus (7 euros par consultation pour 30 % des consultations, c'est-à-dire bien peu au final), nous refusons de notre côté de dénaturer une pratique si violemment attaquée par ailleurs et nous renvoyons les négociations tarifaires à la mise en place de la future CCAM clinique (Classification Commune des Actes Médicaux) précisément chargée de réévaluer les actes cliniques sinistrés, au premier rang desquels la consultation psychiatrique. D'autres combats nous attendent : la confidentialité et le DMP ; l'indépendance professionnelle et le respect d'une totale liberté de pratique versus évaluation des pratiques professionnelles ; maintien d'un acte unique en psychiatrie dans la future CCAM clinique. Soyons donc vigilants à les aborder en position de force. L'accès spécifique en est une ".