N° 28 - Mars 2012

SOMMAIRE

- Augmentation du CNPSY lundi 26 mars

- Alerte (par Patrice Charbit)

- Avenant 2 : situation actuelle (par Claude Gernez)

Pour rappel, l'Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP aura lieu ce samedi 24 mars 2012 de 10h à 18h, pour tous les psychiatres adhérents à jour de cotisation (ou qui se mettront à jour sur place).

La convocation a été envoyée par voie postale. Pour les nouveaux adhérents nombreux cette année, n'hésitez pas à demander les informations pratiques à info@afpep-snpp.org.

Augmentation des honoraires

Grâce à l'action du SNPP, syndicat représentatif des psychiatres libéraux en première ligne des négociations avec le directeur général de l'UNCAM et en contact avec la FMF et la CSMF, lors de la renégociation conventionnelle en 2011, voilà enfin du concret :

Augmentation des honoraires le lundi 26 mars 2012. Dès lundi 26 mars, vous coterez : **CNPsy = 37 €** (augmentation de 7,8%). Les MPC et MCS restant inchangés, les secteurs 1 (et les CMU seulement pour les secteurs 2) coteront : **CNPsy+MPC+MCS = 43,70 €** (augmentation de 6,5%).

Et pour la pédopsychiatrie dès le 22 mars 2012 :

Les nouveautés qui suivent sont présentées de manière assez complexe dans les textes qui ne sont pas tous à jour. Nous vous livrons notre lecture, mais nous constatons l'absence totale de communication de la CPAM sur les modalités précises. Dès lors, vous trouverez sur internet par exemple des lectures différentes (sur le MPJ qui existerait toujours selon certains, ou sur les modalités de cumul des MPC et MCS qui sont parfois oubliées, ou surtout sur la nécessité ou non que le patient soit en ALD pour coter MPF ou MAF). Le plus important est donc de nous faire remonter immédiatement toute difficulté que vous allez probablement rencontrer pour que le SNPP fasse le nécessaire travail syndical ad hoc.

Avant 16 ans : MPC = 6,70 € (inchangé mais à coter comme MPC et non plus comme MPJ !!! au risque de ne pas donner lieu à remboursement). Le MPC a une valeur variable selon l'âge désormais... donc **CNPsy + MPC = 43,70 €** (41 € du 22 au 26 mars).

MPF : Majoration première consultation familiale pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave : 10 €, donc **CNPSY + MPF + MPC = 53,70 €** (51 € du 22 au 26 mars).

MAF : Majoration pour la consultation annuelle de synthèse familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave : 10 €, donc **CNPsy + MAF + MPC = 53,70 €** (51 € du 22 au 26 mars).

Attention, pour une bonne utilisation légale du MPF et MAF, les conditions sont en PJ : **text=NGAP'**.

Et pour les consultations "en urgence" dans les 48h suivant la demande du généraliste : coter **1,5 CNPsy = 55,50 € en secteur 2**. Ou **1,5 CNPsy + MPC + MCS = 62,20 € en secteur 1** ou pour les CMU en secteur 2. «Cette consultation est réalisée à la demande du médecin traitant, dans les deux jours ouvrables suivant cette demande. Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique. Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est adressé au médecin traitant.»

Bienvenue dans l'ère des centimes !

Le texte opposables à vos CPAM « récalcitrantes » : **Annexe de la nouvelle convention**. Et la **text=NGAP'** , en particulier pages 24 et 25 pour les MPF et MAF, et page 28 pour la consultation d'urgence.

Alerte

J'ai cherché, je ne trouve pas d'autre mot : Alerte.

La psychiatrie que nous connaissons est en péril.

S'il ne s'agissait que d'un remue-ménage pré-électoral et de propositions démagogiques aussi vite oubliées que promises, il serait de bon ton de garder le silence et de laisser passer l'orage.

Il n'en est rien. Ce qui va être évoqué dans ce « Caractères » est le constat des conditions d'une convention valable pour les 5 années à venir, de l'attitude sécuritaire pérenne de la HAS dans sa conception de la prévention des événements indésirables, du scandale du DMP (dossier médical partagé) courant depuis 2004, de l'utilisation des normes d'accueil des handicapés pour transformer nos modes d'exercice, du pilonnage de la pédopsychiatrie, du harcèlement constant des pratiques psycho-dynamiques, entre autres par la HAS.

Le P4P (paiement à la performance), les poursuites démesurées en cas de non télétransmission, l'interdiction du «packing», la mise en cause de la psychanalyse par la HAS, les sanctions en cas de facturation épisodique et motivée au parent d'un enfant qui consulte, toutes ces agressions donnent le timbre de la soumission que l'on exige de notre part. L'actualité est brûlante. Nous sommes dans le collimateur.

Alors que nous observons le coût exorbitant de ces mesures, la raison invoquée de tous ces bouleversements est une rationalisation des soins et des dépenses. La dictature de la norme, le poids des lobbies, la déshumanisation du soin, et la surveillance bureaucratique s'auto-justifient au nom de la science et de l'idéologie DSM. Il s'agit de diktats qui condamnent nos pratiques.

Commençons par examiner l'avenant 2 de notre nouvelle convention. Comme cela vous est indiqué dans l'article ci-dessous (Claude Gernez), il vous en coûtera autour de 1000€ par mois si vous ne télétransmettez pas. Nous pouvons toujours penser que la question de la télétransmission est un combat d'arrière garde. Cela est faux, tout d'abord parce que de nombreux confrères ne le font toujours pas, ce qui est un choix, mais aussi parce que la façon dont nous sommes traités est inadmissible. C'est un passage en force caractérisé : poursuites systématisées et automatiques avec recouvrement « par le droit commun » sans passage par la commission des pénalités. Tout se résume à un « Pas de discussion ». Un référé en suspension de l'exécution

et une requête en annulation (en regard de la date de dépôt...) sont en cours. Les sanctions étaient prévues à partir de mai, tout indique qu'elles peuvent traîner... Si nous acceptons tel quel ce coup de force, nous encourageons le procédé qui ne manquera pas d'être réutilisé à d'autres fins.

Concernant le P4P, son mode d'adhésion est indigne d'une démocratie moderne. La convention vous oblige à participer au paiement à la performance dont on ne connaît même pas les exigences. Des collectifs « d'obligés du P4P » se constituent pour parvenir à sortir du système même si leur lettre de refus n'est pas parvenue avant le 26 décembre 2011.

Observons maintenant ce qu'il en est des nouvelles normes concernant l'accessibilité et la sécurité au sein d'un cabinet médical (revue « Le Généraliste » et ce qui va suivre n'est pas une plaisanterie) :

"Si vous êtes déjà installés, vous avez jusqu'au 1er janvier 2015 pour rendre une partie de votre local accessible aux handicapés et personnes âgées. Si vous reprenez un cabinet, vous devez remplir cette obligation depuis le 1er janvier 2011. Le préfet pourra accorder des dérogations spéciales. Il faut une place de stationnement adaptée proche du cabinet. Les escaliers doivent comporter des mains courantes, les marches doivent avoir une taille réglementaire, les toilettes doivent laisser passer un fauteuil roulant et être accessibles par les parties communes.

Si vous n'employez ne serait-ce qu'une personne, « le document unique » évaluant les risques professionnels doit être affiché.

Votre responsabilité peut être mise en cause en cas de chute dans votre cabinet et le patient devra apporter la preuve d'une défectuosité, d'un défaut d'entretien ou de signalisation du matériel ou encore de vigilance de votre part.

Accès sécurisés, meubles sans coin pointu, pas de tapis ou sol dérapant, pas de fil électrique qui traine, pas d'objet de décoration.

Sonorisation et éclairage adaptés, possibilité d'évacuation rapide des patients, accès pompier extérieur, extincteur de 6 litres minimum pour 200 m_2 par étage et un extincteur à CO_2 en cas de risque particulier."

Si ce n'est pas une incitation à s'installer dans une « maison médicale » surveillée et normée et à s'éloigner de nos pratiques singulières et feutrées, je ne sais pas ce que c'est. Là encore, ça se veut obligatoire. Se prendre les pieds dans le tapis n'est plus un acte manqué mais la logique d'un délit.

Passons au DMP. Créé en 2004, il est piloté par Asip santé. Ce projet a coûté à ce jour 200 millions d'euros pour 39 000 dossiers créés au 1er janvier 2012 alors que 500 000 étaient prévus. Quand on fiche, on ne compte pas... C'est très certainement une dépense rationnelle et évaluée.

Tout cela porterait à rire si cela ne faisait peur.

Notre grand Roger Misès le note dans une interview pour « Médiapart » . Dans un article intitulé « Roger Misès s'insurge contre la HAS » il dit, je cite : « J'ai peur, peur de ce qu'il va advenir des générations de psychiatres avec ce diktat ; ceux qui ont été formés vont être écartés, que vont-ils devenir ? Les autres, sans formation autre que biologique ou comportementale, comment vont-ils faire ?

« Le DSM est imposé par les pouvoirs publics dans le but de réduire les dépenses de santé, d'installer un contrôle gestionnaire et de renforcer le seul personnel administratif. » ajoute-t-il encore.

Les lobbies nous déclarent la guerre par HAS interposée. Celle-ci est instrumentalisée, en proie aux conflits d'intérêt, mais cela ne l'empêche pas d'évoquer à notre égard un soupçon de charlatanisme parce que nos pratiques n'auraient pas été évaluées ces 30 dernières années. Tout a-t-il donc été évalué ces 30 dernières années selon les normes HAS ? Que fait la HAS des études qui ne vont pas dans son sens ? La HAS préconise les techniques comportementales en ce qui concerne l'autisme, alors qu'aux USA même, temple et

« Bethléem » du DSM, leurs évaluations sont pitoyables au regard de leur réclame. Cela en est assez.

Nous sommes au cœur du cyclone, en proie à une attaque généralisée.

Des « Assises de la Psychiatrie » se préparent pour le mois de septembre. Nous nous devons de faire entendre le témoignage des psychiatres libéraux, nous nous devons d'indiquer l'impasse dans laquelle nous nous retrouvons emmurés.

Notre prochaine AG du samedi 24 mars 2012 à Paris doit être une grande et riche occasion de débats et d'ouverture de perspectives. Préparons au mieux le rendez-vous des assises. Votre témoignage nous permettra de vous représenter au mieux et de saisir au plus près une synthèse syndicale.

Dr Patrice Charbit
Trésorier de l'AFPEP-SNPP

AVENANT 2 : situation actuelle

L'avenant 2 porte sur les moyens mis en place pour « convaincre » les "récalcitrants" de télétransmettre à partir de la carte Sésame vitale et vise à l'abandon des feuilles imprimées.

Le fait que cet avenant (numéro 2) survienne si vite après la signature de la convention montre bien l'importance pour la caisse nationale de parvenir à cet objectif, dont elle attend une économie importante par restriction de personnel, mais il s'agit aussi de généraliser toute la gestion des rapports entre les professionnels de santé et les caisses primaires par la télétransmission. L'avenant 2 prend ainsi une valeur symbolique pour les différents partenaires.

La signature par les quatre syndicats (CSMF, SML, MG et FMF) montre qu'il n'y a pas d'enjeu pour eux à ce niveau, pour ce qu'ils considèrent comme un combat d'arrière-garde.

Le décret d'application été publié au Journal Officiel le 15/03/2012, il confirme l'avenant et n'introduit aucune condition de dérogation. Ce décret restait la seule possibilité d'amender un texte très « cadré » il aurait pu inclure quelques exemptions à l'obligation de la télétransmission. Ce n'est pas le cas, il ne restera donc que les demandes d'aménagements effectuées auprès des directeurs de caisse, au « cas par cas » sans critère défini.

Par ailleurs, la SMAER a déposé un recours en annulation auprès du Conseil d'Etat, reposant sur les dates de parution de l'avenant et celle de la convention.

Le texte lui-même de cet avenant, bien que court, deux pages, reste d'une compréhension difficile : il est composé des modifications des articles du code de la sécurité sociale de référence, notamment 161-35, 75, 76, 78. Il porte aussi sur l'annexe XXII de la convention. Bien sûr, les sanctions précédant cet avenant se trouvent complétées et renforcées dans cette version devenue, de fait, conventionnelle.

Nous devons souligner les points essentiels :

1) Le texte ne comporte aucune exemption à l'obligation de télétransmission, ni l'âge, ni le nombre de feuilles transmises, ni autre clause de suspension. Par contre, les poursuites ne débuteront qu'après le mois de mai, aucune motivation technique n'étant associée a cette date.

2) L'application des sanctions commence trois mois après que le "récalcitrant" a reçu la notification de son absence "systématique" de transmission électronique appelée "la procédure préalable d'avertissement". Passé ce délai, la direction de la CPAM départementale intervient. Nous devons remarquer cette procédure qui élimine l'intervention de la Commission des Pénalités, et évite ainsi les négociations portant sur les délais d'application.

3) En cas de retard de paiement, le texte précise : « à défaut de paiement de la sanction dans le délai imparti, le directeur de la caisse procède à son recouvrement dans les conditions de droit commun ». Ceci élimine à nouveau toute possibilité de discussion, la procédure se trouve définie d'emblée. Nous pouvons aussi insister sur l'importance accrue et l'étendue du pouvoir dudit directeur.

4) La sanction consiste, pour le secteur I, à « la suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux » pendant trois mois la première fois, portée à six au cas où il n'y a toujours pas de télétransmission . Pour le secteur II, et le dépassement permanent, il s'agit d'une « sanction d'un montant équivalent à la participation que supporteraient les caisses au financement de leurs avantages sociaux, sur une durée de trois mois » portés à six pour toute récidive. Le calcul précis de cette somme se trouve très complexe, les caisses ne l'effectuent pas elles-mêmes et il reste du domaine de l'URSSAF notamment. Cependant, nous pouvons estimer qu'il s'agit pour la moyenne d'entre nous d'environ MILLE euros par mois.

EN CONCLUSION, nous insistons sur la rigueur de la procédure, la précision de la formalisation des poursuites qui seront particulièrement efficaces dès leur mise en action. Le SNPP maintient sa position : dans le domaine de la télétransmission comme dans les autres domaines le choix doit rester aux praticiens, et non être imposé par la CNAM.

Dr Claude GERNEZ
Vice-Président AFPEP-SNPP

Directeur de publication : Thierry DELCOURT
Comité de rédaction : Michel MARCHAND, Elie WINTER, Patrice CHARBIT, Olivier SCHMITT, Françoise CORET, Françoise LABES, Jacques BARBIER