

Directeur de la  
publication :  
Jean-François Rey

Rédacteur en Chef :  
Jean-Paul Ortiz

Comité de Rédaction  
Jean-Luc Jurin  
Michel Lévy  
Jean-François Thébaut



**UNION NATIONALE DES MEDECINS SPECIALISTES CONFEDERES**

**79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS**

**Tél : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 – Fax : 01 40 54 00 66**

**umespe@club-internet.fr - site : www.umespe.com**

**Octobre 2008**

## **EN DIRECT DU SPECIALISTE N° 69**

### **LES PARLEMENTAIRES FACE À LEURS RESPONSABILITÉS**

#### **1. Éditorial du Président**

#### **2. Actualités et informations :**

2.1 – Publications officielles

2.2 - Statistiques 2007 de l'AGAPS sur les revenus des médecins

#### **3. Tribune libre : L'articulation médecine générale/psychiatres : une pratique coopérative : Dr J-L. JURIN**

#### **4. Communiqués de presse diffusés par l'U.ME.SPE et autres communiqués**

#### **5. La lettre faxée de l'U.ME.SPE : Des négociations conventionnelles : Agressivité et incohérence**

#### **6. À Propos de : « EN DIRECT DU SPECIALISTE »**

#### **7. Remerciements**

## **I - EDITORIAL DU PRESIDENT :**

### **LES PARLEMENTAIRES FACE À LEURS RESPONSABILITÉS**

Dans le cadre du PLFSS puis, dans quelques semaines, au moment de la discussion de la loi «Hôpital, Patients, Santé et Territoires », le rôle du Parlement va être testé d'une manière réelle.

Au moment du vote du PLFSS 2009, les députés accepteront-ils de continuer à voter un ONDAM irréaliste, déséquilibré entre la ville et l'hôpital, en un mot, totalement démotivant pour les médecins spécialistes libéraux ? Il existe de tout temps un déséquilibre dans l'accès à l'innovation pour les médecins spécialistes exerçant dans le secteur libéral, tant en terme de possibilités d'utilisation que dans les budgets spécifiques. L'exemple de la vidéo capsule en hépato-gastroentérologie est pénalisant pour les médecins et pour les patients depuis plus de 5 ans avec, toujours actuellement, des retards liés à la lourdeur technocratique qui s'est aggravée au cours des derniers mois. Plus encore, à travers les divers plans de restructuration hospitalière, les missions d'intérêt général, ce sont des ressources complémentaires qui sont attribuées, sans discernement et sans contrôle, comme on l'a vu récemment dans le secteur bancaire, aux structures hospitalières publiques. Là encore, ce ne sont pas nos confrères qui sont en cause mais des structures onéreuses et sans efficacité médico-économique. Avec la loi de 2004, avec la convention actuelle, nous avons remis en place un mouvement de coopération médico-économique entre les caisses d'assurance maladie et les médecins. Ce mouvement a porté des fruits, certes incomplets, mais qui vont bien au-delà de la poursuite des déficits hospitaliers, 34 CHU sur 36 en déficit dont certains à plus de 30 millions d'euros par an.

Face à la crise économique, le gouvernement a soutenu, à juste titre, le secteur bancaire avec des moyens financiers considérables. Nous ne comprendrions pas qu'un effort minime d'un ou deux milliards supplémentaires d'euros, ne soit pas attribué pour permettre une progression des honoraires pour tous, en diminuant, bien sûr, les inégalités de revenus entre les différentes spécialités mais grâce à une progression des plus faibles par rapport aux plus forts, et non pas des transferts d'enveloppes qui sont inacceptables face aux revenus des médecins spécialistes libéraux qui sont parmi les plus faibles de l'Europe occidentale. Stigmatiser systématiquement les biologistes, les radiologues relève de la méthode Coué et de l'indigence politique.

En ce qui concerne la loi dite « Bachelot » nous approuvons les grandes lignes de la réforme hospitalière, d'une meilleure coopération ville-hôpital, mais les moyens employés, à travers la mise en place des ARS, dont nous ne connaissons pas les contours, dont la rédaction des décrets d'application sera faite par l'administration, conduira inéluctablement à la mise en place d'une médecine à l'anglaise.

La définition du médecin généraliste de premier recours, chère à MG France, « chouchou » de la Ministre, est en fait une définition d'officier de santé traitant « les affections courantes » et assurant la coordination d'un nombre considérable de textes et de contraintes qui vont bien au-delà de ce qui avait été dénoncé dans la mise en place du médecin traitant. Quant aux médecins spécialistes cliniques à usage exclusif, ils sont, depuis deux ans, ignorés par le gouvernement mais, au-delà, c'est toute la place des médecins spécialistes en ville et à l'hôpital qui va être remise en question, pour finir par appliquer les principes du Ministre du budget, Eric Woerth, lui aussi autiste face aux besoins de santé, qui appliquera des plans financiers à l'anglaise avec des moyens techniques et humains restreints pour la médecine spécialisée.

Dans ce cadre d'étatisation, il faut que le gouvernement réévalue massivement les revenus des médecins pour que nous atteignons le niveau de nos confrères britanniques en médecine générale et en médecine spécialisée et qu'il annonce clairement aux français que le temps du rationnement des soins, des listes d'attente est pour demain.

**Docteur Jean-François REY**  
Président

## **II. ACTUALITÉS ET INFORMATIONS :**

### **2.1 Publications officielles :**

Au JO du 8 octobre 2008 :

**Arrêté du 8 juillet 2008 portant création d'un comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie**

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019588399&dateTexte=>

[<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019588399&dateTexte=](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019588399&dateTexte=)

### **2.2 Statistiques 2007 de l'AGAPS sur les revenus des médecins :**

Vous trouverez sur *le site de l'UMESPE, rubrique documentation*, les statistiques des revenus par un organisme agréé de gestion. Il existe de nombreuses variations dans la présentation des statistiques selon qu'elles viennent de la direction des impôts, des associations agréées ou de la CARMF, ceci est lié aux différentes populations de médecins concernés, voire la manière dont les statistiques sont regroupées. Mais, il nous a semblé important que vous soyez au courant des chiffres présentés lors d'une réunion par l'AGAPS. [www.umespe.com](http://www.umespe.com)

### 3.1. Tribune libre : L'articulation médecine générale/psychiatres : une pratique coopérative : Dr J-L. JURIN

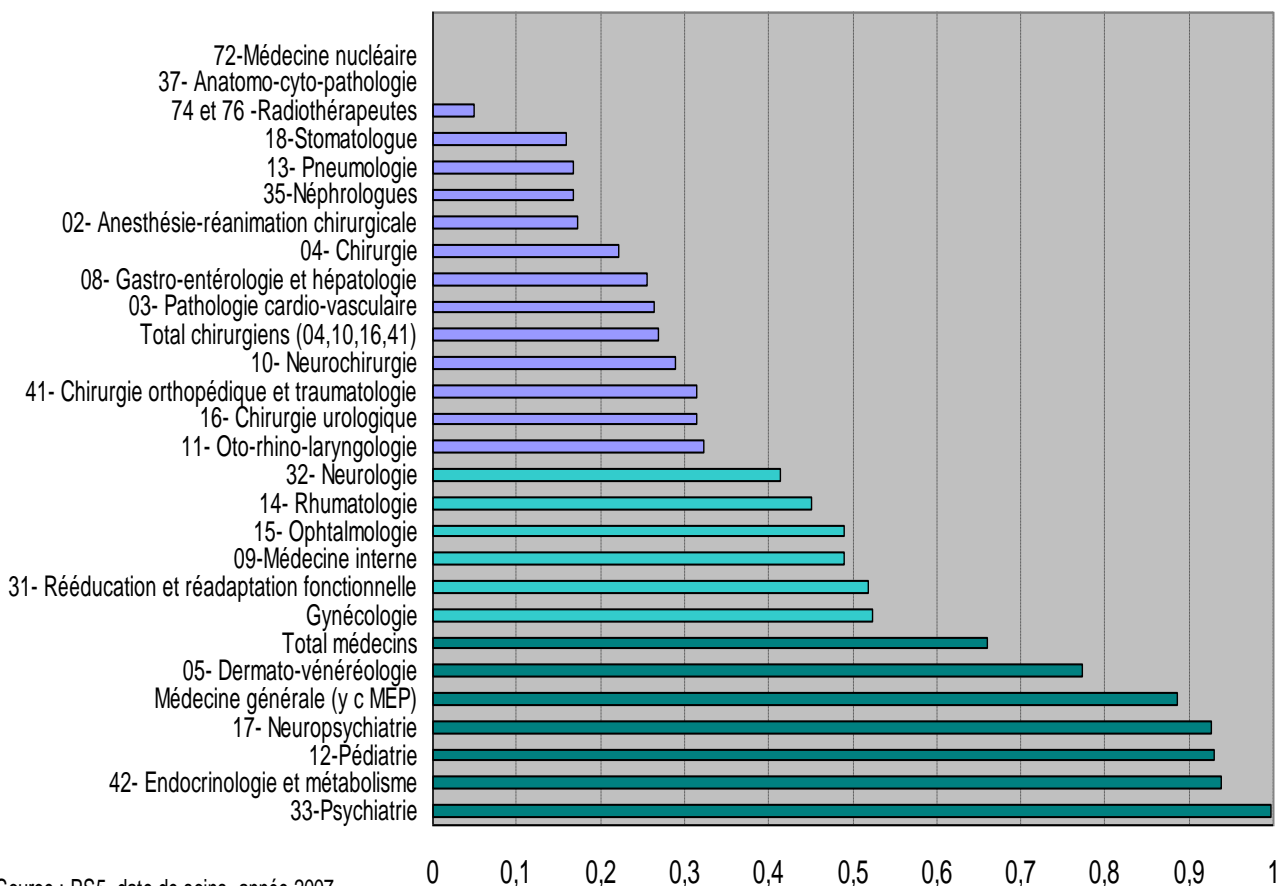
*La réorganisation de la psychiatrie se fait sous l'égide d'une volonté étatique. Vous trouverez ci-dessous, un texte et le sentiment du Docteur JURIN, 1<sup>er</sup> Vice-Président de l' U.ME.SPE, psychiatre, en réponse aux risques que présentent les orientations du gouvernement pour l'ensemble des médecins libéraux, généralistes, psychiatres, mais également leurs patients. Il s'agit bien sûr de propositions personnelles que nous débattons lors du prochain Comité Directeur de l'.UME.SPE.*

**Dr J-F. REY**

#### CONSTAT

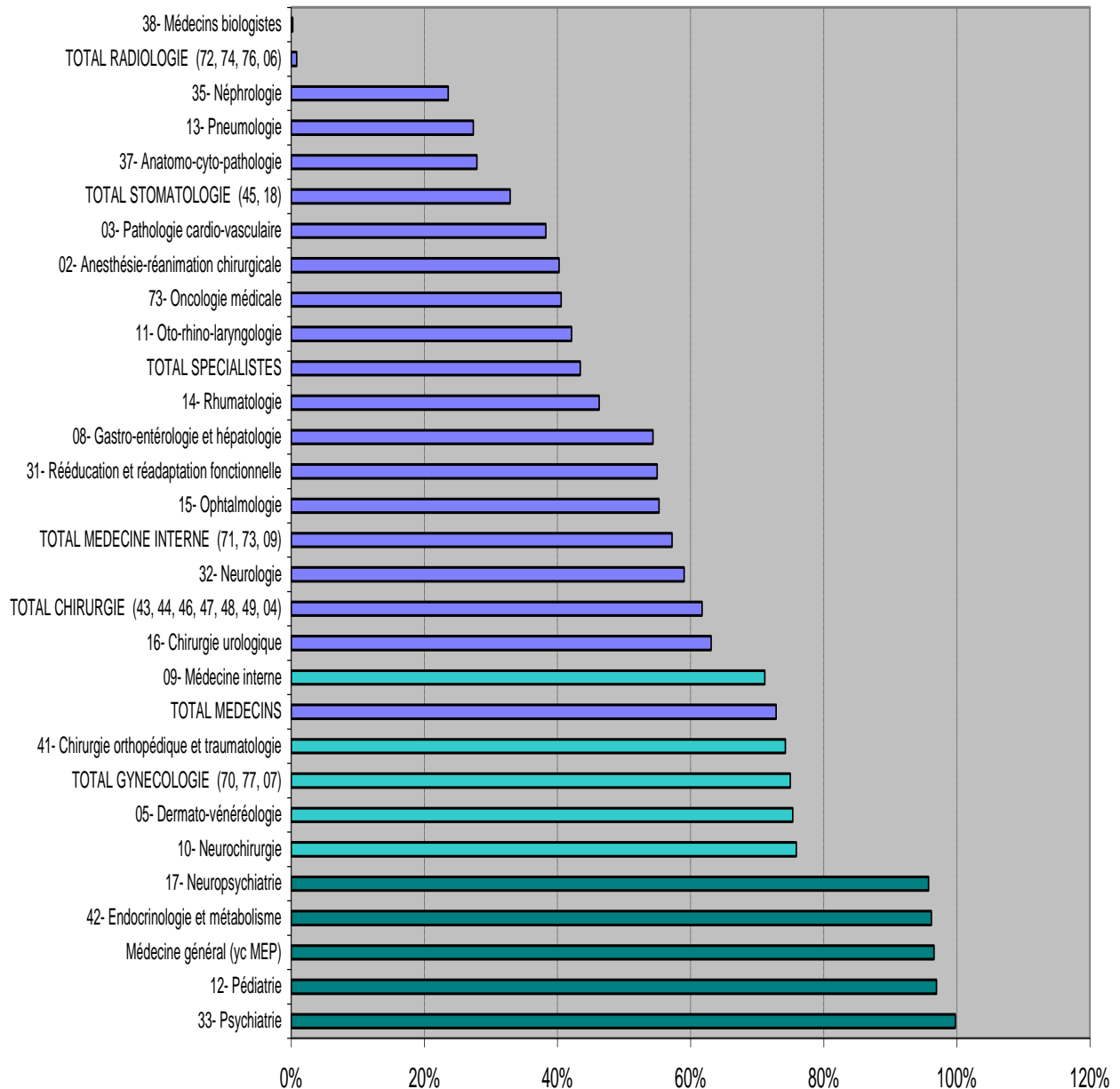
1. 30 % des demandes exprimées lors des consultations chez un médecin généraliste concernent la santé mentale et 15 % des patients suivis par les médecins généralistes ont un problème psycho affectif prévalent. Le problème de l'articulation entre le médecin généraliste de premier recours et le psychiatre est donc essentiel même si l'ensemble de la prise en charge des enfants de moins de 16 ans est, de par la Loi, hors parcours de soins et si, dans le cadre de discussion parlementaire, la représentation nationale a souhaité qu'une partie de la psychiatrie soit en accès exclusif.
2. Le taux moyen de « revoyure » d'un patient chez un psychiatre libéral varie entre 4 à 6 par an en province et dans les zones à urbanisation moyenne et de 8 à 12 sur la CPAM de PARIS et dans les grandes métropoles. La majorité des psychiatres libéraux ont une activité de soins qui va au-delà d'une activité de psychothérapie. Ils prennent en charge une très grande variété de troubles sévères mais ne semblent pas pouvoir apporter une réponse totalement satisfaisante en terme de prise en charge, le niveau de revoyure sur PARIS étant le niveau satisfaisant de prise en charge. Ce constat laisse très dubitatif sur la notion de territoire sur doté. L'activité des psychiatres est strictement tant en honoraires qu'en activité des actes de consultation.

#### part des honoraires sans dépassements cliniques dans le total des honoraires sans dépassement

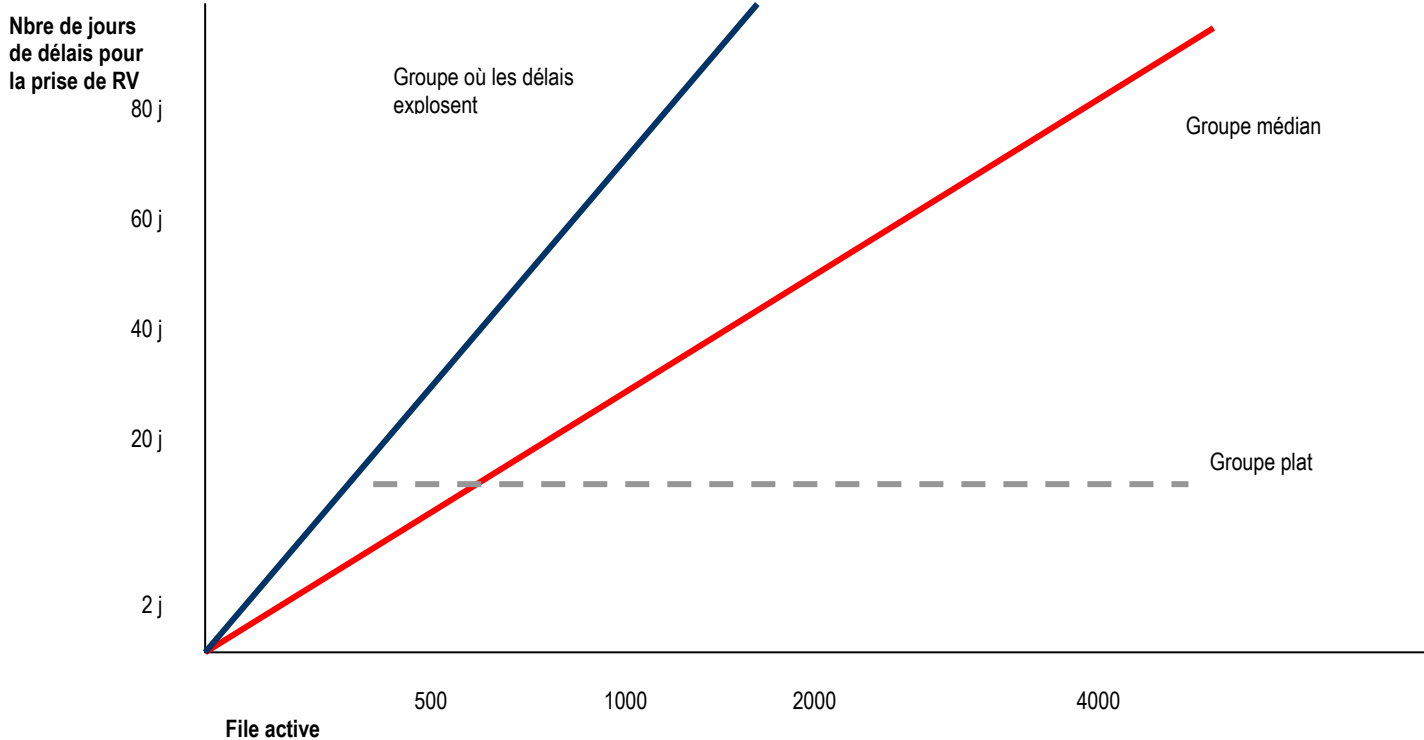


Source : PS5, date de soins, année 2007

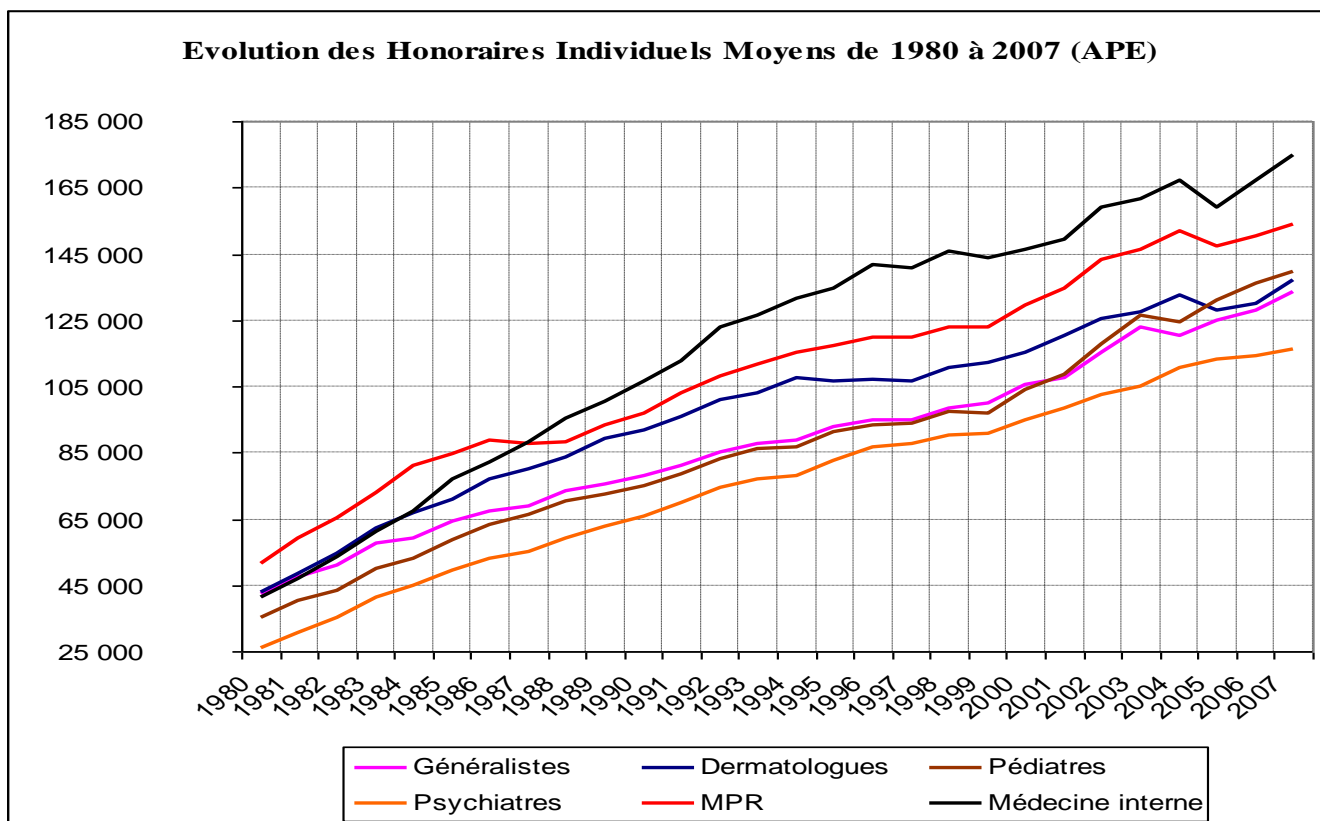
## Part des actes cliniques dans l'ensemble des actes (SNIR 2007)



3. Une étude réalisée par l'URML de LORRAINE et reprise dans le cadre du SROS de LORRAINE sur les délais de RV chez les spécialistes met en évidence trois tendances à partir de l'étude du ratio file active / délai de RV :
- un groupe « médian » pour lequel le délai est directement lié à la file active et le plus explicite reste les ophtalmos. C'est dans ce groupe que peut se positionner les problèmes d'organisation de l'activité pour optimiser le temps médical et qu'il peut être discuté la mise en place des transferts de tâches
  - un groupe « plat » pour lequel le délai reste stable quelle que soit la file active et pour lequel une organisation des tâches a été mise en place depuis longtemps avec des normes qualité labellisée comme chez les radiologues. C'est dans ce groupe que l'on constate le plus de demandes non programmées et urgentes venant des établissements de soins publics
  - un groupe pour lequel les délais explosent avec la file active comme les psychiatres, les endocrinologues ou les pneumologues. C'est pour ce groupe que l'on veut envisager de transférer ce qui est « long » dans la consultation vers d'autres techniciens qu'il s'agisse d'éducateur thérapeutique dans le diabète ou de psychothérapeute. Or cette « longueur » est constitutive de la démarche clinique spécifique à ces spécialités et le transfert à d'autres n'améliore pas la qualité. cf expérience de la maison du souffle dans le cadre des expérimentations SOUBIE.



4. Le parcours de soins tel que mis en place dans la Loi de 2004 et établi par la convention médicale n'a pas déstabilisé globalement l'accès aux soins de façon significative dans une approche macro économique mais il existe de très grandes disparités individuelles. La profession s'est divisée sur le problème de l'accès spécifique en psychiatrie : fallait-il le limiter aux personnes de moins de 26 ans ou le maintenir à l'ensemble de la population ? Depuis des années l'activité est restée stable mais de même pour la médecine générale, il y a en 2007 une baisse d'activité sensible surtout pour les activités très centrées sur les prises en charge psychothérapeutiques exclusives. Devant la dégradation de la situation économique des psychiatres libéraux, il n'y a pas eu d'échange durée de la consultation et augmentation du nombre de patients pour compenser une perte de revenus. Des mesures incitatives peuvent facilement recentrer la psychiatrie libérale sur les attentes de la population.

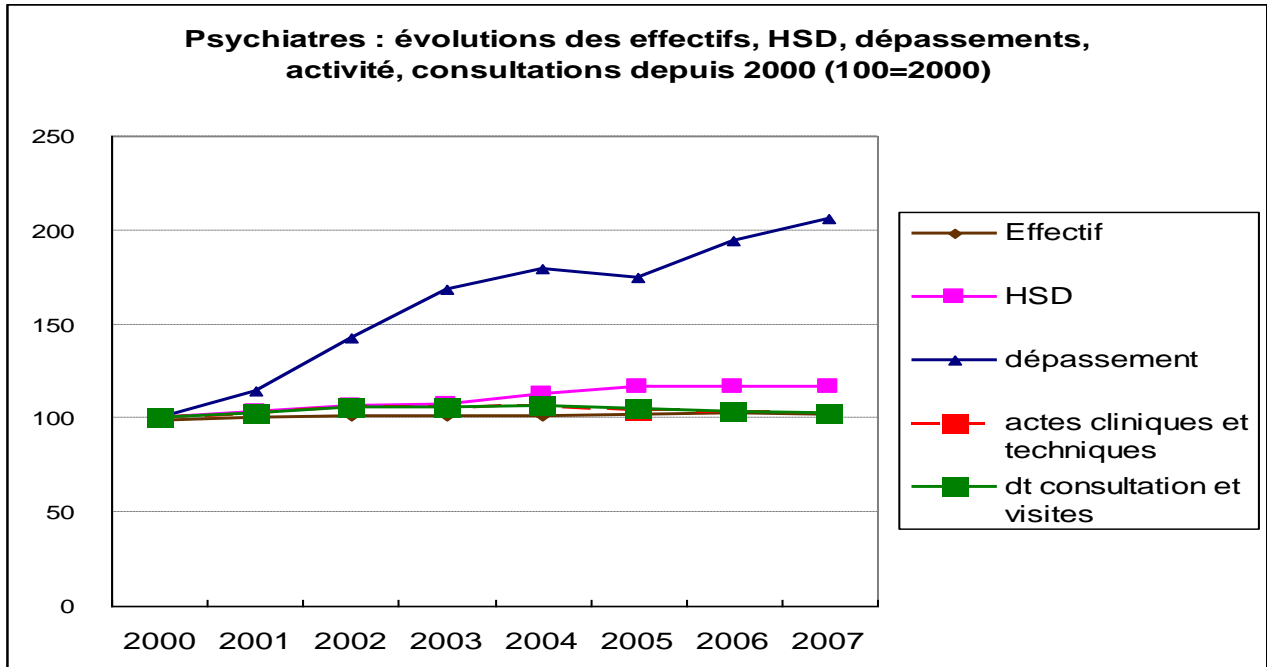


- Les installations des psychiatres libéraux semblent être prédominantes au centre des grandes métropoles avec une sur spécialité et donc un accès soit direct, soit en deuxième intention à la demande d'un autre spécialiste, au détriment des zones périphériques et des villes moyennes de moins de 30 000 habitants

On note également un désinvestissement important des psychiatres libéraux pour la pédo psychiatrie.

Les disparités géographiques intra régionales s'aggravent alors que les disparités interrégionales sont stabilisées et il en est de même pour les types d'activités ; les prises en charge en pédo psychiatrie ont diminué de façon significative alors que les approches cognito-comportementales se sont développées.

Cette évolution est constitutive d'une profession – recherche de sur spécialités – et se retrouve dans toutes les spécialités qu'elles soient chirurgicales, médico techniques ou cliniques. Pour les spécialités cliniques, les deux exemples les plus explicites sont la médecine interne et la pédiatrie.



- Les courriers adressés au médecin traitant restent trop peu fréquents ; il en est de même pour les relations avec le secteur psychiatrique.
- La presque totalité des patients vus par des psychiatres ont déjà consulté un médecin généraliste et la question est de permettre une articulation plus rapide entre médecins généralistes et psychiatres pour optimiser les prises en charge
- Il existe un réel problème pour les patients qui refusent les soins et qui font porter la situation par leur entourage. Si les problématiques qui se posent aux psychiatres rejoignent les problématiques des autres spécialités cliniques, l'absence de demande dans les situations les plus graves est spécifique de la situation des patients pris en charge dans le champ de la psychiatrie. L'écoute et l'accompagnement que l'on peut apporter à l'entourage est très important.
- Alors que la Loi Hôpital, Territoires, Santé, Patients va confier aux services déconcentrés de l'Etat une responsabilité très importante sur l'organisation du système de soins ambulatoire comme cela existe depuis longtemps pour le secteur hospitalier public, on note une méconnaissance totale de ces services du fonctionnement des acteurs ayant un exercice libéral et réciproquement, une méconnaissance totale de ceux-ci des jeux institutionnels.
- La nécessité d'une réforme et son attente par tous les acteurs aura des effets immédiats et au-delà des effets positifs que nous devons tous souhaiter, il faut appréhender les effets pervers. On doit prendre en compte, du fait du déséquilibre démographique et de la concentration des psychiatres libéraux dans les grandes agglomérations urbaines, de la possibilité non négligeable de départs à la retraite – 25 % des médecins ont plus de 60 ans - avec maintien d'une activité non conventionnée. L'absence de système conventionnel pendant plus de dix années a rendu très fragile le lien social que portait le cadre conventionnel et ce, d'autant plus, que le champ conventionnel est de plus en plus réduit.  
Nous ne pouvons pas négliger le fait que cette année, nous sommes passés de 10 dermatologues non conventionnés sur toute la France à plus de 350.

11. La consultation psychiatrique se caractérise par sa longueur et sa répétition. Quelle que soit le contenu de la consultation, elle s'inscrit dans un investissement interpersonnel important qui ne peut pas être découpé ou découplé. Lors de l'étude de faisabilité en 1999 d'une refonte des consultations, la question de la séparation entre contenu clinique – médical - et activité psychothérapique a été posée et les sociétés médicales ont dès cette époque considéré que la dimension psychothérapique ne peut pas être séparé du contenu médical de la consultation. De même qu'il existe une spécificité de la « demande » ou plutôt de la « non demande » chez les patients, il existe une spécificité de la démarche clinique qui conduit à ce que devant une sémiologie donnée, la démarche clinique du médecin généraliste et du psychiatre ne seront pas les mêmes et ceci rend peu crédible la notion de graduation des soins.
12. La confirmation de cette position scientifique se retrouve dans l'étude de l'activité des psychiatres libéraux qui est restée stable depuis plus de dix ans autour de 2500 actes par an. La dernière étude menée par la DRESS confirme cette situation en mettant en évidence – et c'est un des seuls constats qui peut être validé – que la durée d'une consultation psychiatrique est la plus longue de toutes les consultations et est supérieure à 30 minutes : 33 minutes
13. L'adressage par les médecins généralistes s'organise ainsi :
  - 15 % des patients sont adressés en psychiatrie
    - 63 % sont adressés à un psychiatre
      - 1) 42 % à un psychiatre libéral
      - 2) 21 % à un psychiatre public
    - 15 % sont adressés à un psychologue ( en augmentation )
    - 22 % sont adressés à d'autres professionnels du champ social

Nous pensons que la critique régulièrement répétée sur la surconsommation de psychotropes est à prendre de façon très critique

1. Il existe historiquement une relation particulière entre la population française et les médicaments  
Il est certain que le nombre de patients qui prennent des anxiolytiques est plus important que dans les pays voisins
2. Il ne semble pas que la dose de principe actif délivrée soit très élevée par rapport aux pays voisins
3. Les barbituriques ne sont plus du tout utilisés
4. La sensibilisation, dans le cadre de la maîtrise médicalisée, sur la limitation des anxiolytiques à durée de vie longue chez les personnes âgées est efficace.
5. Il existe un réel problème quant à la durée des traitements

## BILAN

Nous avons acté quatre axes essentiels autour desquels doivent s'organiser les réponses

- L'adressage de patients présentant des troubles psycho affectifs est moitié moindre que dans les autres pays industrialisés et souvent trop tardif.
- L'échange d'informations entre médecins généralistes et psychiatres est presque totalement inexistant
- La réponse aux patients refusant tout soins est inadéquate et le dialogue entre les familles, la médecine générale et surtout les psychiatres libéraux est insuffisant
- Les gains de productivité sont très faibles d'où l'exigence de formaliser des pratiques coopératives

## PROPOSITIONS

### A/ DEMOGRAPHIE

Il faut apporter une réponse territoriale aux demandes de la population en soins psychiatriques.

Il faut trouver dans chaque région une modalité organisationnelle pour que l'ensemble des psychiatres réponde aux besoins dans le territoire de santé qui correspond à la zone d'attractivité de leur cabinet :  
tableau de présence par territoire de santé mis en place à partir des URML  
référentiel cabinet de gestion des RV

réponse collective ( psychiatres libéraux et établissements de soins privés ) autour de Pôles de santé sur des Missions de service public avec d'autres partenaires sur un mode volontaire sans exclure un accompagnement incitatif  
contrats individuels négociés collectivement à travers des groupes de psychiatres  
participation à des activités hospitalières à partir de statuts hospitaliers temps partiels attractifs

#### Résistances

Le choix des psychiatres d'exercer en libéral ne répond à aucuns critères financiers mais correspond à un choix idéologique : le refus de toute hiérarchie et cette position ne favorise pas une capacité de fonctionner en cabinet de groupe ou au moins une volonté collective, alors qu'au niveau des pratiques se sont développer des groupements départementaux, ou d'échanges de pratique

Ces choix conduisent à un isolement de plus en plus important des psychiatres libéraux vis-à-vis des centrales syndicales et des partenaires sociaux que ceux-ci vivent comme une menace contre la psychiatrie

- réponses financières ciblées comme celles proposées lors des négociations conventionnelles  
Cibler une majoration pour les trois premières consultations si réponse dans les 15 jours après prise de RV – date du RV inscrit sur la FSE –  
Proposer une majoration si réponse à la demande d'un autre médecin dans les 12 heures
- réponses organisationnelles en réseau par formalisation de ce qui se réalise sur le territoire  
La réponse du réseau reposant d'abord sur les groupements locaux organisés autour de la FMC est une bonne approche sur le modèle des médecins généralistes qui se sont organisés autour de la PDS  
Pour les psychiatres la FMC peut être le même élément structurant
- faut-il aller jusqu'à un SROS psychiatrique qui associe les établissements de soins privés, les psychiatres libéraux  
dans le champ des missions de service public
- faut-il rediscuter de l'enveloppe financière dévolue au secteur et répartir cette masse financière en fonction des réponses à ces missions dans le cadre du SROS  
Dans ce champ, nous sommes favorables à une négociation d'enveloppes autour de missions bien identifiées avec des objectifs clairement définis et un suivi par tableau de bord à partir d'items simples établis au départ avec un groupe de professionnels qui définiront le mode de rémunération – à l'acte ou au forfait – dans le cadre de cette enveloppe.  
Les associations de patients doivent être partie prenante dans l'évaluation du niveau de satisfaction

## B/ REPONSES AUX PATIENTS

Il faut mettre en place avec les associations de malades et les médecins généralistes un process et une organisation pour répondre au problème des patients qui refusent les soins  
Il ne faut pas que les psychiatres libéraux ne se sentent pas concerner par cette problématique

Il faut ouvrir les structures extra hospitalières aux patients pris en charge par les psychiatres libéraux tout permettant aux patients de conserver leur libre choix..

## C/ REGULATION DE LA PRISE EN CHARGE

L'interlocuteur privilégié du médecin généraliste est le psychiatre libéral mais 60 % sont insatisfaits de la réponse apportée par les psychiatres et surtout par l'absence de retour dans le cadre d'un suivi conjoint.  
Alors que dans la majorité des pays européens, il y a une articulation très forte entre les médecins généralistes et les psychiatres, la situation est très différente en France et le recours au psychiatre est souvent très tardif.  
Par ailleurs, les demandes de suivi et d'avis global sont très majoritaires par rapport aux autres spécialités.  
Si les médecins généralistes reconnaissent le besoin de ce recours, dans 2/3 des situations, ils ne rencontrent pas de réponses.

Il est important de développer un échange d'informations entre médecin généraliste et psychiatre

Une réelle pratique coopérative entre médecins généralistes et psychiatres doit être mise en place et il est important d'axer notre réflexion sur les pratiques coopératives à partir d'un catalogue des situations cliniques comme nous l'avons proposé dans le travail d'un groupe de travail.

Dans cette problématique, le médecin généraliste est le médecin qui oriente et le médecin spécialiste est le régulateur de la prise en charge

Autour du catalogue des situations cliniques, ils vont formaliser leur articulation

Nous ne pensons pas que le psychiatre doit consulter dans le cabinet ou la maison pluridisciplinaire car il n'existe pas de stigmatisation du cabinet du psychiatre libéral.

Il est important de définir un catalogue des situations cliniques
---

Par exemple :

1. la prise en charge d'un adolescent après une tentative de suicide / évaluation de la situation de l'adolescent et accompagnement de son entourage
2. que faire devant un patient qui refuse tout soin – cette réflexion doit être menée avec les associations de malades

**Dr J-L. Jurin**  
**1<sup>er</sup> Vice-Président UMESPE**

## **IV – COMMUNIQUÉS DE PRESSE DIFFUSÉS par l'U.ME.SPE**

### **4.1 Communiqué de presse du 01 octobre : Le parcours de soins dévoyé :**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a lu, avec consternation, l'article du PLFSS 2009 pénalisant injustement l'accès aux médecins spécialistes libéraux.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle son attachement au parcours de soins médecin traitant / médecin consultant dans l'esprit de la loi 2004.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. considère que le PLFSS 2009 transforme la coordination des soins en une filière à l'anglaise et va nuire à la qualité des soins de la médecine française.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. affirme que pénaliser les patients à hauteur de 70 % du remboursement est injuste, inefficace et va entraîner, de fait, la mise en place d'une médecine à deux vitesses.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. s'étonne de la volonté du gouvernement de mettre en place un tel parcours alors que, depuis un an, l'ensemble des médecins spécialistes attendent avec impatience la possibilité d'une meilleure utilisation du C2 de consultant.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. souligne que c'est le codage du médecin spécialiste qui inclut ou non le patient dans le parcours de soins.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. incite tous les médecins spécialistes à inclure tous leurs patients dans le parcours de soins en tenant au courant le médecin traitant de leurs conclusions diagnostique et thérapeutique.

## **4.2 Communiqué de presse du 15 octobre : Maîtrise médicalisée ou troc**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle son attachement à la maîtrise médicalisée initiée par la réforme de 2004 et la convention médicale que nous avons soutenue.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande la mise en place immédiate du secteur optionnel pour répondre à la double problématique des patients en terme d'accessibilité aux soins, des médecins spécialistes dans le cadre de l'ouverture progressive à tous de la possibilité d'obtenir des compléments d'honoraires lisibles, contractualisés et solvabilisés.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a lu, avec consternation, les interventions des différents Ministres du gouvernement Fillon, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2009. Ce plan demande des efforts démesurés à la médecine de ville et protège, une fois de plus, les structures hospitalières publiques dispendieuses.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. est attachée à la mise en place rapide du C à 23 euros concernant toutes les spécialités cliniques y compris la médecine générale, avec des mesures spécifiques de rattrapage pour les médecins spécialistes à exercice clinique exclusif conformément à des engagements pris précédemment.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. s'opposera à toute tentative de troc conduisant à pénaliser certaines spécialités pour, d'une manière aléatoire, en privilégier d'autres.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. met en garde le gouvernement contre une perte de confiance inéluctable, un risque de désaffection des médecins spécialistes pour tous les efforts qu'ils consentent dans le cadre de la maîtrise médicalisée depuis trois ans, avec une ignorance constante du rôle des médecins spécialistes dans l'organisation des soins en France, d'une médecine spécialisée de qualité, et apportant son efficience à côté des médecins de famille et évitant des hospitalisations inutiles

## **4.3 Communiqué de presse du 17 octobre : Dépassement d'honoraire. La Ministre de la santé se trompe**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. souligne qu'elle a toujours condamné les dépassements d'honoraires ne répondant pas aux conditions sociales des patients et, plus généralement, au « tact et mesure ».

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle qu'elle a proposé au Président de la République la création d'un secteur optionnel répondant à la pratique quotidienne de la majorité des

médecins spécialistes exerçant dans le secteur à honoraires libres, complétant ainsi l'option coordination que, déjà, 700 médecins du secteur 2 ont souscrit depuis 2005.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. pense que la Ministre de la Santé se trompe en voulant donner aux directeurs des caisses primaires d'assurance maladie un pouvoir de coercition et de pénalisation vis-à-vis de la faible fraction des médecins libéraux et des spécialistes hospitaliers qui ne respectent pas la notion de « tact et mesure », en fonction de l'humeur du directeur vis-à-vis des médecins libéraux des poursuites abusives seront instruites. La décision ministérielle va ouvrir un nouveau front de distension entre les caisses et les médecins préjudiciable à la dynamique de la maîtrise médicalisée.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande à la Ministre de la Santé de conserver à l'Ordre des Médecins, garant de l'éthique, ses possibilités juridictionnelles en lui imposant des normes de réponses strictes et en permettant, pour clarifier ce sujet important pour les patients, aux caisses d'assurance maladie d'assister les patients dans ce processus légitime dans un Etat de droit.

#### **4.4 Communiqué de presse du 24 octobre : Secteur optionnel : un pas en avant**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. se félicite du texte proposé par l'UNCAM concernant le secteur optionnel permettant de répondre à la demande du Président de la République sur l'accessibilité des soins pour nos concitoyens à travers la solvabilisation des compléments d'honoraires.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. souligne que ce texte rappelle que si le secteur optionnel doit être ouvert, en priorité, pour les spécialités exerçant sur les plateaux techniques, celui-ci devra être proposé, dans le futur, à l'ensemble des médecins libéraux.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande que l'ensemble des groupes d'actes techniques concernés soit pris en compte, notamment, pour un certain nombre de disciplines réalisant des actes sanglants non répétitifs et que les critères de qualité soient mieux définis car ils constituent une avancée dans l'évaluation des pratiques professionnelles à laquelle nous sommes favorables et qui répond à la demande de nos patients.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. souligne que, conformément à nos engagements, ces propositions sont basées sur un volontariat pour les médecins du secteur 2 et ne remettent pas en question le mode de fonctionnement de ce secteur.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. se félicite que l'injustice faite aux anciens chefs de clinique secteur 1 soit réparée.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. déplore, au cours de cette journée de négociations, les attaques répétées du syndicat MG France contre les médecins spécialistes (aujourd'hui les radiothérapeutes oncologues) et les incohérences du Secrétaire Général du SYNGOF, membre de la délégation de MG France, qui assiste à ces attaques et voit, par ailleurs, toutes ses propositions rejetées en bloc par l'UNOCAM.

#### **4.5 Communiqué de presse du 29 octobre : LE C2 : ROLE DU CONSULTANT**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. regrette que le gouvernement n'ait pas encore approuvé, à ce jour, l'aménagement du C2 prévu par les avenants 22 et 23 du printemps 2007.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que le C2 est la reconnaissance du rôle de consultant des médecins spécialistes à usage exclusif, complémentaire dans la loi 2004 du rôle de médecin traitant.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. s'étonne et s'indigne de la collusion de fait entre le Gouvernement et le syndicat MG France. Lors de la dernière séance de négociations, ce syndicat a souhaité la mise en place de forfaits pour éviter que toute valorisation du C entraîne, de facto, une valorisation du C2 pour les médecins spécialistes.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande au gouvernement de respecter la signature des engagements passés : -Valorisation du C à 23 euros pour tous les médecins spécialistes, y compris la médecine générale ; - Les possibilités d'aménagement du C2 pour les médecins spécialistes à usage exclusif.

## **4.6 AUTRES COMMUNIQUÉS**

### **Communiqué de presse du Syndicat National des Médecins Spécialisés en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale du 7 octobre 2008 : Secteur optionnel : L'ARLESIENNE !**

2004-2008 : plus de 4 ans après sa signature, l'Accord d'Août 2004 n'est toujours pas appliqué.

Le SNORL a pris acte de la volonté du Président de la République de voir aboutir ce dossier avant la fin de l'année.

Le SNORL rappelle que l'objectif initial de cette option était de résoudre la problématique des spécialistes bloqués en Secteur 1 et non pas de contraindre l'exercice en Secteur 2 qui se doit d'être préservé.

Gardant en mémoire le précédent sur la Majoration Transitoire de Chirurgie (MTC) dont les ORL avaient injustement été écartés, le SNORL sera extrêmement vigilant pour que l'exercice chirurgical des médecins spécialistes en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale ne soit pas une nouvelle fois laissé pour compte.

**Le Président- Docteur Benoît FEGER**  
**Le Vice-Président - Docteur Michel VIRTE**

### **Communiqué de presse du SNORL du 27 octobre 2008 : Secteur optionnel : les ORL vigilants.**

Le SNORL a pris connaissance des dernières propositions relatives à la création du secteur optionnel formulées lors de la séance de négociations du 23 octobre 2008. Le SNORL s'interroge sur le champ d'application de ce secteur optionnel concernant les spécialités éligibles.

Le SNORL tient à faire part de son inquiétude quant à un éventuel ostracisme à l'encontre des médecins spécialistes qu'il représente. Chaque ORL garde en mémoire le précédent de la MTC (majoration transitoire de chirurgie) dont les spécialistes en "ORL et Chirurgie Cervico-Faciale" avaient été injustement écartés.

Le SNORL rappelle aux différents interlocuteurs du dossier la place sur les plateaux techniques des médecins spécialistes en "ORL et Chirurgie Cervico-Faciale".

Après avoir lourdement subi l'impact négatif du parcours de soins, notamment lorsqu'ils exercent en secteur 1, les médecins spécialistes en "ORL et Chirurgie Cervico-Faciale" souhaitent maintenir une pratique chirurgicale de qualité et attendent la reconnaissance de leur engagement.

**Dr. Benoît FEGER – Président**  
**Dr. Michel VIRTE - Vice-Président**

### **Communiqué de presse de la FNMR du 30 octobre 2008 : La FNMR appelle à la mobilisation des médecins radiologues libéraux**

Réunis pour les Journées Françaises de Radiologie qui se sont tenues à Paris du 24 au 28 Octobre 2008, les médecins radiologues libéraux ont participé massivement à la réunion d'Information organisée par la FNMR le 26 Octobre.

Les participants ont exprimé leur profonde inquiétude et affirmé leur mobilisation face aux réformes prévues dans les projets de Lois « HPST » et « LFSS 2009 ».

La FNMR s'inquiète du risque que font courir certains articles du projet de Loi « HPST », notamment sur les pouvoirs discrétionnaires des ARS, tant en terme d'équipements que de permanence des soins.

La FNMR rejette la demande de 100 millions d'euros d'économies basée sur la baisse de la valeur des actes d'imagerie, sans aucune justification médicale. Cette demande fait suite aux mesures de 2007 qui avaient pesé pour 120 millions d'euros en imagerie et précède de probables exigences supplémentaires dans le cadre des procédures d'alerte de 2009.

La FNMR rappelle son attachement à un fonctionnement harmonieux de toute l'imagerie médicale, tant publique que libérale, au moyen de conventions de partenariat et rappelle par la voix de son Président, le Docteur Jacques Niney, qu'elle a fait des propositions opérationnelles de maîtrise médicalisée, fondée sur les bonnes pratiques médicales.

La FNMR refuse toute démarche de baisse de la valeur des actes.

La FNMR appelle à la mobilisation de tous les médecins radiologues.

**Docteur Jacques NINEY - Président FNMR**

### **Communiqué de presse du SNORL du 31 octobre 2008 : Déremboursement des cures thermales**

Le Syndicat National des Oto-Rhino-Laryngologistes Français (SNORL) a pris connaissance du dernier amendement Bur au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) qui propose une réduction drastique des remboursements des cures thermales.

Le SNORL rappelle la place toujours très importante du thermalisme dans l'arsenal thérapeutique de la spécialité : Celui-ci procure un soulagement net dans les

pathologies chroniques et permet la prévention de leurs complications. La diminution du remboursement des soins thermaux conduira inévitablement certains patients aux revenus modestes à renoncer aux soins nécessaires. Le risque en est l'aggravation de leur pathologie, entraînant un surcoût à venir sur les soins de ville, tout en abaissant le niveau sanitaire de la population.

Le SNORL rappelle qu'aucune preuve d'un service rendu insuffisant n'est actuellement apportée qui puisse justifier une baisse du remboursement des soins, et rappelle également qu'à ce jour la HAS n'a pas encore rendu son avis sur la question.

Le SNORL rappelle que des investigations sont en cours, avec des études contrôlées, visant à évaluer de manière plus précise le bénéfice apporté au patient. Après avoir demandé des études, il serait souhaitable que les pouvoirs publics attendent que celles-ci puissent être conduites à leur terme, et que leurs résultats soient publiés, avant de prendre une telle décision « couperet ».

Le SNORL s'étonne donc d'une décision pour le moins précipitée, qui risque de mettre en péril l'équilibre financier des cabinets thermaux.

Le SNORL attire l'attention des pouvoirs publics sur le caractère délétère d'une telle mesure qui retentirait également sur l'activité économique de bassins de vie entiers.

Le SNORL appelle donc les députés de toute appartenance politique à rejeter le dernier amendement Bur.

**Le Président du SNORL - Dr Benoit FEGER**

**Le Délégué Régional SNORL de Savoie - Dr Marc BARTHEZ**

**Le Président du Syndicat National des Médecins des Stations Thermales - Dr Michel PALMER**

## **V – LA LETTRE FAXÉE DE L'U.ME.SPE :**

### **Des négociations conventionnelles : Agressivité et incohérence**

Les négociations conventionnelles se déroulent dans un climat d'incohérence lié aux hésitations politiques du gouvernement et aux résultats des États Généraux. En voulant faire rentrer MG France dans la convention, et accessoirement la FMF, le gouvernement a pris le risque de favoriser un syndicat qui attaque systématiquement le rôle des médecins spécialistes dans l'offre de soins en France. Voir dans la délégation de MG France le Docteur Jean Marty, Président de l'UCCMSF et Secrétaire Général du SYNGOF, défendre les dépassements des chirurgiens et participer à côté du Président de MG France qui régulièrement les a stigmatisés, assister aux attaques des représentants de la délégation de MG France contre les médecins spécialistes et leurs revenus, cette fois-ci les radiothérapeutes oncologues sans connaître l'importance en terme de sécurité pour les patients de recapitaliser cette spécialité, sans que le Docteur Marty ne bronche, relèvent du surréalisme et de l'incohérence politique. Les assurances complémentaires de l'UNOCAM ne s'y sont pas trompées et ont rejeté en masse toutes les demandes du Docteur Marty.

Incohérente également, la position de la FMF dont la fraction généraliste soutient la position de MG France alors que les spécialistes de la FMF ont, bien entendu, une position beaucoup plus proche de la nôtre. Incohérente également, la position du Président de la FMF qui est amené à soutenir en séance les déclarations du Docteur Marty sur la qualité qui ne serait possible que grâce aux dépassements d'honoraires du secteur 2. Les 60% des médecins spécialistes qui exercent en secteur 1 apprécieront. Le choix secteur 1, secteur 2 en 1980 a été purement tarifaire. Ultérieurement, il a été basé sur le titre de Chef de Clinique mais il est inacceptable de dire que les médecins du secteur 1 n'ont pas, comme ceux du secteur 2, un souci de la qualité des soins qu'ils offrent à leurs patients.

Dans cette ambiance, il est sûr que la progression des négociations est extrêmement difficile lorsque la CSMF rappelle sa priorité concernant les spécialités cliniques à exercice exclusif, aussitôt le syndicat MG France porte des attaques ou des revendications contraires. Il est bien évident que notre position n'a pas changé, c'est tous ensemble que nous revendiquons le passage du C à 23 euros, l'élargissement du C2 au mode d'exercice des spécialités cliniques mais, également, une première étape de la CCAM sous la forme de majoration de consultations pour tous ces spécialistes dont les revenus ont été minorés par un parcours de soins mal expliqué et par l'attitude du gouvernement Fillon qui ne veut considérer ni leur rôle dans l'offre de soins, ni leur situation financière fragile et inacceptable. Comme d'autres, ils ont d'ailleurs des problèmes de démographie, de manque d'attractivité pour les jeunes générations.

En ce qui concerne le secteur optionnel, nous ne pouvons que nous réjouir du texte proposé par l'UNOCAM reprenant, dans son préambule, la notion fondamentale que ce secteur doit, à terme, être ouvert à tous, qu'il faut répondre à la priorité du Président de la République sur l'accessibilité aux soins à travers des compléments d'honoraires maîtrisés et solvabilisés et qui, conformément au discours récent de Nicolas Sarkozy, répare l'injustice faite aux anciens chefs de clinique secteur 1 en leur offrant, immédiatement, l'accès au secteur optionnel à côté de leurs confrères du secteur 2. Là encore, comme pour l'option de coordination, il s'agit d'un acte volontaire. Rien dans le texte proposé par l'UNOCAM ne touche le secteur 2. Nous espérons que l'UNOCAM acceptera de ratifier ce texte qui comporte, toutefois, quelques lacunes puisqu'il oublie

des groupes d'actes sanglants réalisés sur des plateaux techniques par d'autres spécialistes que les chirurgiens.

Enfin, dans le contexte économique actuel, nous demandons au gouvernement d'être cohérent. Il ne peut fournir au système bancaire, et à ceux qui l'ont mal dirigé, des dizaines de millions d'euros, pour favoriser, à juste titre, la reprise économique des PME et, par ailleurs, négliger le tissu économique des TPE de l'entreprise médicale. Pour les médecins spécialistes, nous n'accepterons pas une politique de troc, l'absence d'investissement dans le système libéral de soins face à des investissements conséquents dans le secteur hospitalier. Si le gouvernement veut imposer des baisses comptables aux médecins spécialistes, il devra en prendre l'entière responsabilité et nous saurons faire comprendre aux députés les risques qu'ils encourent d'approuver une marginalisation de la médecine spécialiste et libérale, médecine de proximité d'efficience à laquelle sont attachés nos concitoyens.

**Docteur Jean-François REY**  
Président de l'U.ME.SPE

## **VI - À propos de : « EN DIRECT DU SPECIALISTE »**

« EN DIRECT DU SPECIALISTE » est un mensuel électronique, son objectif est de diffuser les messages syndicaux de l'UMESPE. Tous les textes peuvent être repris et utilisés librement par les différents syndicats affiliés à l'UMESPE et à la CSMF. L'abonnement (gratuit) est obtenu sur simple demande à la rédaction : [jeanfrarey@aol.com](mailto:jeanfrarey@aol.com)

Nous vous rappelons que conformément aux dispositions la loi 78-17 : "Informatique, fichiers et liberté", vous conservez la possibilité d'accéder aux informations vous concernant et de les rectifier si vous le jugez nécessaire.

**Copyright: Editions- DUREY®**

## **VII – REMERCIEMENTS pour son soutien à SCAMED**



### **Une opportunité pour les médecins !**

Les médecins, sont sans cesse sollicités par les assureurs. Ils n'ont pas toujours le temps d'étudier les offres d'assurances et ne souscrivent pas toujours les contrats les plus adaptés à leurs besoins. SCAMED, cabinet de courtage en assurances, est le partenaire privilégié du groupe MACSF. SCAMED est spécialisé dans les assurances de prévoyance-santé, d'épargne, de retraite, de dépendance et de financement.

**Nous mettons nos domaines de compétence et de conseil au service des médecins.**

#### **CONCRETEMENT:**

En cas d'arrêt de travail, la CARMF, ne couvre ni les 90 premiers jours d'arrêt de travail, ni vos besoins financiers réels.

SCAMED, vous propose donc le nouveau plan de prévoyance des médecins qui couvrira cette période non indemnisée et vous permettra d'adhérer à un plan global offrant une prestation mensuelle jusqu'à 65 ans.

Le problème des retraites est d'actualité. Le niveau de retraite des médecins est menacé.

SCAMED, vous offre donc la possibilité dès aujourd'hui, d'adhérer au "RES Fonds de pension avenir" pour disposer d'un revenu complémentaire à l'âge de votre retraite.

**Les offres de SCAMED en prévoyance, santé et retraite bénéficient des dispositions fiscales de la loi Madelin rendant les cotisations déductibles. Pensez-y !**

**[www.scamed.fr](http://www.scamed.fr)**