

Sommaire du BIPP n° 11 - Janvier 1997

Chronique : 1997, année de la cacophonie ? Gérard Bles

AG de l'AFPEP-SNPP 30 novembre et 1er décembre 1996 - Gérard Bles, Martine Burdet-Dubuc, Jean-Jacques Laboutière

Secteur associatif - Antoine Besse

Hospitalisation privée - Gérard Bles

Vie régionale - Paul Lacaze

CSMF-UMESPE - Gérard Bles

Europe-UEMS, Jean-Jacques Laboutière

FMC - Jean-Claude Montigny

Correspondances

Chronique : 1997, année de la cacophonie ?

Gérard Bles

Il y a quelques mois, on pouvait croire encore que non seulement la grande majorité du corps médical, mais également ses organisations représentatives s'étaient dressées contre le plan Juppé, la maîtrise comptable, le rationnement des soins, la bureaucratisation extrême du système médico-social. Il n'y avait guère que MG France qui s'affichait comme soutien de ce plan, pour des raisons évidemment corporatistes (ce qui n'est pas si déshonorant que cela, soit dit en passant) : Richard Bouton l'avait proclamé, les généralistes pourraient en attendre 30 à 40 % d'augmentation de leurs revenus, via la maîtrise des filières...

Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Si les praticiens de base apparaissent toujours révoltés (en tirant à hue et à dia), les syndicats le sont beaucoup moins qu'il le paraît. La CSMF, à tout seigneur tout honneur, confrontée aux aspirations autonomistes de ses composantes, ne se bat plus en fait que pour un seul objectif : l'individualisation des sanctions financières en cas de dépassement des quotas (modalité plus "juste" - enfin, à peu près - que les sanctions collectives, mais techniquement irréalisable, en le voit bien ne serait-ce qu'à travers le caractère hautement fantaisiste des R.I.A.P.). Ce qui veut dire en clair qu'elle accepte tout le reste, y compris le principe même des sanctions. Et les radiologues, représentants prototypes des spécialités lourdes, sont furieux de ces ultimes réticences : il fallait signer, il faut être réaliste quand on a des investissements importants à gérer. Ils négocient plus ou moins de leur côté, comme les chirurgiens qui font bande à part

depuis longtemps (le Dr. Sagnet, dans une interview récente - Compétences Médicales n° 15 - prône la maîtrise comptable, la transparence "absolue" des pratiques, l'application des normes iso 9000 et des PMSI, le forfait par pathologie, etc...). L'UNOF (généralistes) s'est retrouvé au bord du clash à l'Assemblée Générale confédérale du 14 décembre en réclamant sa représentativité propre: elle y a renoncé pour l'instant au prix d'un droit de veto et d'une prérogative de négociation en cas de convention ou de volets conventionnels spécifiques aux généralistes...

La FMF s'étiole, le SML pratique l'hyperbole libérale mais sa représentativité est menacée. Les coordinations ne sont pas vraiment structurées malgré leur violence incantatoire...

L'Ordre, quant à lui, balance prudemment mais affiche en définitive une position favorable à la "réforme" : sans doute y gagne-t-il des missions supplémentaires et un pouvoir retrouvé par rapport aux syndicats. Et sur un point qui nous est particulièrement sensible, le carnet de santé, après avoir admis qu'il pouvait poser problème à certains spécialités dont la notre, le président Glorion en fait maintenant l'apologie (B.O.M. décembre 96) tout en évoquant "l'idéalité" de la solution électronique à venir, alors que dans le même Bulletin, le Pr. Desserre souligne la difficulté qu'il y aura à garantir la confidentialité dans un tel cadre, sauf à recourir à des techniques lourdes (cryptage, hachage), et surtout coûteuses... Malgré les réserves de la CNIL, discuter le codage des pathologies n'est même plus en question... Et les mouvements de révolte, grèves et autres, pourraient bien aller "à l'encontre des règles déontologiques formelles" - pour des médecins qui doivent par ailleurs bénéficier d'une "totale indépendance"...

Les RMO, personne n'ergote plus à leur sujet. Il est même question désormais, Prs. Zarifian et Terra aidant, de les appliquer aux traitements psychiatriques hospitaliers - avec expérimentation, mesures et ... intéressement (Q.M., 10/12/96).

Le rationnement des soins ? Il n'y en aura pas proclament à l'envie Mr J. Barrot, les députés de la majorité ou le Dr. Cousteix de la CNAM (Q.M., 20/12/96). Quota et reversements sont un simple "filet de sécurité"... Dans la contre-vérité absurde, il est difficile de faire mieux. De toute façon, les médecins "ont une conscience" et on invoquera le serment d'Hippocrate (P.Y. Chamard, ib)... pour qu'ils travaillent pour rien au-delà des quotas ! Même son de cloche benoît dans l'incroyable lettre aux médecins de Mrs Spaeth et Rameix...

Les filières ? Mais ce n'est qu'un perfectionnement de la nécessaire coordination MG/spécialistes - en passant pudiquement sur les clauses financières dont elles sont assorties et les risques de dichotomie qu'elles entraînent. Et puis on sera vigilant sur les "reconvocations et auto-prescriptions d'actes" (U.MES.PE, 8/12/96) pour les disciplines cliniques. Qui est visé ?

De toute façon, il faut toujours plus de contrôles, de transparence, d'audits, d'OQN (forme moderne de l'enveloppe), etc. (U.ME.SPE, ib).

La Nomenclature ? Les psychiatres - le plus faible revenu de l'ensemble des spécialités médicales, généralistes compris - se sont retrouvés piégés dans "l'Offrande fait à Barrot" mise en musique par la CNAM, avec la réactivation d'un vieux cheval de retour : la suppression du K 15 en établissement de soins. Il est vrai que son libellé était obsolète, mais de là à nier la complexité de l'acte psychiatrique, serait-ce en clinique et en série, pour le réduire à "C de surveillance" : salut l'asile ! Il a fallu se battre pendant des mois pour proposer un système cohérent mais susceptible de "produire des économies", sous la pression des Caisses mais aussi de certaines instances syndicales (question de principe: vous aussi, vous devez y aller de votre obole !). A un moment donné, les négociateurs ne savaient plus ou donner de la tête pour savoir qui décidait quoi, manoeuvrait comment, etc... Le SNPP a souligné que, pour les psychiatres, réviser la

Nomenclature signifiait avant tout revoir des cotations ridiculement basses et donc source de limitation dans l'accès à certains soins, mais c'était sortir de l'épure...

Quant à la FMC - nouvelle, obligatoire - quelle foire d'empoigne ! Tout le monde s'y met, Ordre, Université, Industrie, Sociétés savantes, Associations, Syndicats, au regard d'un organigramme pour le moins complexe dans lequel chacun essaie d'asseoir sa propre position de pouvoir - et les ressources, directes ou indirectes, qui peuvent en résulter. La position de l'AFPEP est claire : que les praticiens gardent la maîtrise de leurs moyens de formation, tant pour ce qui concerne son contenu, ses modalités que son financement. Mais la concurrence est rude, à l'intérieur même de la discipline - de la production à l'accréditation.

Ainsi, à l'heure de la "pensée unique", la profession se trouve-t-elle divisée, manoeuvrée d'ailleurs plus que manoeuvrière - et cela n'a rien d'innocent du côté du pouvoir qui affecte de savoir où il va et joue (habilement ?) de la carotte (du côté des structures) et du bâton (du côté des praticiens). Le "rêve" de 1980 prend enfin forme aujourd'hui : que le corps médical soit lui même gestionnaire (et politiquement responsable) de la limitation des soins, avec la résurrection transfigurée de feu l'enveloppe globale. Nonobstant cependant ce renvoi de responsabilités, on met en place parallèlement une bureaucratie de plus en plus lourde, dotée de pouvoirs souvent régaliens - et dont on s'est bien gardé de chiffrer le coût au regard des économies qu'on en escompte. Sans parler des investissements sur la pertinence desquels on s'interroge encore, comme un carnet de santé papier périmé dans deux ans mais qui absorbe plus de la moitié des économies générées - en principe - par les coupes pratiquées dans la Nomenclature, ou, encore beaucoup plus onéreux, un programme Sesam-Vitale (la carte à puce) dont le rapport Rozmaryn vient de nous faire savoir le caractère déjà obsolète. Il est ainsi plein de projets en gestation...

On ne peut s'empêcher de comparer tout ce brouhaha à une gigantesque abréaction technocratique surgie au terme de longues années de refoulement - à moins qu'on ne s'abîme dans la vision paranoïaque d'un complot patiemment ourdi depuis quinze - que dis-je, depuis trente ans, depuis certain rapport du CNPF de 1965 prônant la délivrance des entreprises du poids des cotisations sociales. Mais certains préféreront sans doute la perspective stoïcienne du sens de l'histoire sous l'éclairage vertigineux du progrès scientifique et technique imposant inexorablement le recours à la rationalité froide... du rationnement. Sens de l'histoire ? Sous les mêmes auspices, l'Angleterre thatchérienne de la déréglementation sociale s'en retourne joyeusement vers son 19ème siècle ! Mais c'est l'inverse, direz-vous, nous, nous régulons de plus en plus : en êtes-vous si sûrs, n'avez-vous pas l'impression qu'en mettant en place un carcan à la limite de l'absurde, on recherche en définitive l'explosion d'un système qu'on démontrera ingérable pour mieux déboucher... sur le modèle américain, où l'argent redeviendra le seul régulateur ?

1997, l'année de l'apocalypse, pour le système de soins, pour la pratique libérale, pour le primat de la personne sur l'hydre administratif, gardien suborné de "l'Or du Rhin" ? Même pas ! 1997, l'année de la cacophonie, des discordances, des incohérences, des confusions, des doubles discours, en un concert dont le plus enivré des directeurs de l'IRCAM n'aurait pu rêver. L'année du "vilain bruit".

Mais ce désordre tient moins d'une musique aléatoire qu'on pourrait le croire. Il peut avoir pour effet - le chercherait-il ? - de faire perdre leur ligne de chant à tous les pupitres engagés - chef d'orchestre ou pas, c'est une autre affaire... Nous avons, nous psychiatres, psychiatres privés, à soutenir une partition qui ne tient pas qu'à notre seul désir, ou notre seule inconsistance, mais qui s'est écrite selon le contrepoint de réalités psychiques incontournables, de souffrances impérieuses à prendre en charge, de libertés imprescriptibles à sans cesse restaurer. Hier, on nous ignorait, plus fous que nos fous. Aujourd'hui, on ricane ou on s'exaspère sur nos "états d'âme" (quand je pense qu'on prétend en faire une injure !). Demain, nous aurons à maintenir, ostinato, notre musique sans nous laisser déborder par le vacarme ambiant : psychorigidité, désadaptation, rationalisme morbide, idéalisme passionné ? Attendez, je consulte mon DSM... Non, rien n'y est écrit, dans quel axe que ce soit, sur cet étrange syndrome qu'on qualifie parfois d'éthique...

A.G. de l'AFPEP-SNPP - 30 novembre et 1er décembre 1996

Gérard Bles, Martine Burdet-Dubuc, Jean-Jacques Laboutière

Dans un premier temps, Martine Burdet-Dubuc, Secrétaire générale, rappelle dans son rapport d'activité les actions saillantes de l'année écoulée :

- l'**Appel aux médecins de France** (3 décembre 1995), qui a recueilli plus d'un millier de signatures;
- la **Manifestation du 17 décembre 1995** lors de laquelle le S.N.P.P. fut largement représenté;
- la **Déclaration du 24 mars 1996**, que le S.N.P.P. a diffusée notamment à tous les psychiatres privés, aux médias et à près de 1500 élus et responsables politiques;
- la **Grève de protestation du 24 avril 1996** lors de la promulgation des Ordonnances Juppé;
- le symposium du XXV^e **Anniversaire de l'A.F.P.E.P.** sur L'avenir de la psychiatrie privée (11 et 12 mai 1996) à l'éclairage de 25 ans d'expérience et de recherche;
- l'envoi des **Consignes syndicales** face aux conséquences des Ordonnances, le 3 juin 1996;
- le **Recours en Conseil d'État** contre l'Ordonnance du 24 avril relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, déposé le 24 juin 1996 et toujours en cours d'instruction;
- les XXVI^e **Journées nationales de la psychiatrie privée** à l'Ile de Ré, du 4 au 6 octobre 1996, consacrées à la prévention en psychiatrie;
- la **Grève nationale du 17 octobre 1996**;
- la **Grève des spécialistes du 7 au 11 novembre 1996**;

Nous avons participé activement à un certain nombre de manifestations nationales, scientifiques ou syndicales, mais également au plan international (WPA, UEMS section adulte et section PEA). Parallèlement, se sont déroulées de nombreuses réunions régionales ou locales, toujours très animées, avec la participation de responsables nationaux.

Enfin, les réunions et séances de travail «technique» ou «politique» ont été fort nombreuses, à tous les niveaux, et nous avons eu à prendre en charge quelque "gros" dossiers comme la nouvelle FMC obligatoire ou la Nomenclature (K 15), les procédures de contrôle et de contentieux qui se développent un peu partout - le plus important de ces dossiers demeurant bien évidemment le «Plan Juppé», ses Ordonnances et toutes leurs conséquences sur la pratique quotidienne.

L'effort de **communication**, interne (la discipline et la profession) et externe (les pouvoirs, la presse, les élus, etc.) a été particulièrement important, comme le travail d'articulation avec les autres structures professionnelles. L'ampleur de la mobilisation face à la prégnance des événements, la multitude des sollicitations de tous ordres explique sans doute certains retards de parution de nos publications régulières (non tant le BIPP que Psychiatries), mais leur programmation très avancée pour l'année à venir permettra de combler les décalages que nombre de nos adhérents ont déplorés.

Toutes ces actions ont coûté fort cher, mais l'augmentation de près de 50 % du nombre de nos adhérents a permis de maintenir l'équilibre de la gestion financière, la situation saine de la trésorerie permettant d'envisager des améliorations substantielles de notre infrastructure pour 1997 (rapport de Paul Lacaze, trésorier).

Il appartenait ensuite au Président, Gérard Bles, de brosser un large panorama de la conjoncture politique, économique et sociale pour ouvrir des débats qui furent particulièrement productifs, alimentés de surcroît par diverses contributions dont celle d'Étienne Roueff proposant une réflexion sur ce que pourraient être des conditions conventionnelles particulières à la psychiatrie libérale prenant en compte ses exigences et ses spécificités.

On trouvera ci-après un reflet de cette discussion dans l'évocation qu'en propose Jean-Jacques Laboutière.

Gérard Bles - Martine Burdet-Dubuc

Réflexions sur un débat de fond **(Assemblée Générale du 30 novembre et 1er décembre 1996)**

Contexte actuel

Le triomphe du principe économique

Notre président Gérard Bles nous a rappelé le contexte politique et économique qui a amené la réforme de l'Assurance Maladie. Ainsi que notre Déclaration du 24 mars 1996 l'évoquait déjà, le système conventionnel mis en place dans les années soixante reposait essentiellement sur un renoncement de la part des médecins libéraux à leur liberté d'honoraires afin de permettre l'accès aux soins du plus grand nombre possible de patients. En contrepartie, les médecins bénéficiaient de strictes garanties d'indépendance professionnelle.

Cette amélioration de la couverture maladie a entraîné des conséquences d'emblée contestées par une partie du corps social, en particulier le CNPF, au motif qu'elle générerait des charges sociales excessives et pénalisait donc l'économie du pays. Observons cependant que, au terme d'une trentaine d'années de fonctionnement conventionnel supposé insupportable, la France reste la quatrième puissance économique mondiale. Néanmoins, la revendication d'un système d'assurance maladie au budget encadré, accompagné d'un contrôle strict de l'offre et de la demande de soins ainsi que d'une limitation de l'indépendance professionnelle du corps médical, a toujours été une revendication du patronat et, plus généralement, des milieux économiques libéraux.

Le pouvoir a été longtemps tenté de réguler la demande de soins au moyen de modulations successives du ticket modérateur, ce qui permettait en outre d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie en diminuant la masse des sommes remboursées. Toutefois, 85 % de la population française étant mutualisée, ce procédé s'est avéré inefficace et politiquement mal reçu.

La seule possibilité restait donc théoriquement de maîtriser l'offre de soins. Cependant, afin d'éviter le risque politique de mesures autoritaires, les gouvernements ont toujours cherché à en déplacer la responsabilité sur la profession médicale, l'obligeant sous divers prétextes à limiter son activité.

Le plan Juppé n'est que l'aboutissement d'une vision de l'assurance maladie étroitement subordonnée à des impératifs économiques. La profession médicale s'avérant inapte - ou refusant résolument - à «gérer la pénurie», notamment en s'auto-sanctionnant (ce que déplorait déjà Monsieur Barrot en 1979), suspectée de surcroît de se livrer surtout à des manoeuvres dilatoires (serait-ce en promouvant la «maîtrise médicalisée»), le gouvernement réalisait enfin le vieux projet d'une enveloppe globale, d'une maîtrise comptable des

dépenses de soins, en mettant en place, sous le couvert d'une supposée impéritie des médecins, un mécanisme authentiquement répressif, comme en témoigne par exemple non seulement le système des quotas avec reversements, mais également la mise en place des véritables tribunaux d'exception que sont les Comités Médicaux Régionaux, dont la composition ne laisse aucune chance au praticien de bonne foi de se défendre au nom d'arguments médicaux.

Position des centrales syndicales

Malheureusement, les trois centrales syndicales (CSMF, SML et FMF) se sont peu battues contre cet aspect des choses. Certes, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé proposée par la CSMF et mise en application par la convention de 1993 n'est pas une maîtrise comptable. Elle repose cependant sur l'idée, dangereuse parce que fondamentalement erronée, que la **normalisation des actes médicaux** pourrait concilier la qualité des soins et la diminution des coûts de santé.

Le SNPP a toujours clairement dénoncé cette illusion. S'il est vraisemblable que la «normalisation» des actes puisse entraîner une diminution des coûts, il est en revanche inconcevable qu'elle contribue à la qualité des soins. Le croire, c'est implicitement poser le patient comme un produit de type industriel, potentiellement soumis à une liste limitée d'altérations a priori connues, altérations elles-mêmes réparables à travers un ensemble de procédures codifiées, le "disease management". C'est donc, à terme, évoluer vers une médecine à deux degrés. D'une part serait proposé le «panier de soins», cher à certains économistes de la santé, concernant un nombre limité de pathologies réductibles aux exigences du disease management; d'autre part une médecine du singulier, désormais considéré comme exceptionnel, médecine vraisemblablement uniquement publique, et d'accès rigoureusement contrôlé.

Peut-on, en toute conscience, être médecin et juger qu'un tel système réalise une amélioration significative de la qualité des soins ? Le débat est cependant loin d'être tranché car il ne se fonde pas seulement sur la contamination de la pensée médicale par des théories empruntées à la culture industrielle. Dans une large mesure, il se nourrit aussi de la méthode anatomo-clinique, et surtout des excès du réductionnisme positiviste qui la sous tend. De trop nombreux confrères semblent oublier que, quels qu'en soient les incontestables succès passés et les probables conquêtes à venir, cette méthode ne se donne pour but que de comprendre les mécanismes d'une maladie afin d'élaborer une thérapeutique et n'a jamais prétendu suffire à soigner un malade. Le soin ne se réduit pas à la thérapeutique. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé ne saurait être gage d'amélioration de la qualité des soins que dans le cas improbable où le médecin n'aurait affaire qu'à des maladies sans jamais rencontrer de patients. Peut-être est-ce déjà le cas de certaines spécialités, dites «techniques», et ces dernières ont sans doute contribué de manière décisive à son élaboration. Quant à nous, nous sommes plus exigeants quant à la qualité des soins et défendons l'idée que le bon médecin n'est pas seulement celui qui connaît parfaitement sa thérapeutique, mais celui qui cultive en outre l'art de mettre ses connaissances au service d'un malade particulier.

Mais ce débat sera clos avant d'être épuisé : les centrales se sont surtout battues cette année contre les sanctions collectives imposées à la profession. Elles ont bien fait, il le fallait. Toutefois, à concentrer leurs actions sur ce point précis, les menaces portant sur la qualité du soin, plus particulièrement le libre accès et la confidentialité, restent entières. Officiellement, l'obligation d'utiliser le carnet de santé est un point clef de la politique de la CSMF et elle demande l'opposabilité de ce carnet. Pour sa part, M.G. France pousse à l'éclatement conventionnel avec des conventions séparées pour les généralistes et les spécialistes. Ce syndicat reste toujours farouchement hostile au libre accès au spécialiste. Bien que sa faveur semble diminuer depuis quelques semaines auprès des médecins généralistes, les menaces persistent sur ce point, en dépit des protestations gouvernementales de garantir le libre choix du praticien.

Propositions de l'Assemblée Générale

Dispositions conventionnelles spécifiques

Il est donc clair pour tous que, quelle que soit l'évolution de la situation au niveau conventionnel, de très

graves menaces pèsent sur l'exercice de la psychiatrie privée. Que nous nous trouvions dans le cas de conventions séparées, généralistes et spécialistes, ou d'une convention unique visant à renforcer la normalisation des actes, il faudrait dès à présent introduire la nécessité de dispositions spécifiques à l'exercice libéral en psychiatrie.

Ces dispositions spécifiques seraient les suivantes :

** Confirmation du CNPSY comme lettre clef unique de l'acte du psychiatre, quel que soit le contenu de l'acte.*

** Libre accès du patient au psychiatre de son choix sans avoir à en référer au généraliste, avec remboursement des soins sans discrimination.*

** Respect de la confidentialité, en particulier en ce qui concerne le carnet de santé et la future carte informatisée.*

** Contrôle du contenu de la FMC obligatoire, si spécifique que nous sommes seuls à pouvoir l'élaborer.*

Ce dernier point constitue un enjeu considérable pour l'avenir de la profession. Nous sommes probablement l'une des spécialités qui s'investit traditionnellement le plus dans la FMC. Cette formation continue a cependant la particularité de ne pas être strictement «scientifique» et d'empiéter largement sur d'autres domaines de connaissances. Pour les psychiatres d'exercice privé, le défi à relever consiste à faire accréditer toutes ces formations qui relèvent bien de notre pratique et d'éviter que le contenu de la FMC ne soit déterminé de l'extérieur, que ce soit par l'université, l'industrie pharmaceutique ou les pouvoirs publics, à seule fin de réaliser des économies de santé ou de réduire le soin psychiatrique au mythe du disease management.

La question de la confidentialité est également très complexe et nous oblige à anticiper. A vrai dire le carnet de santé, si inacceptable qu'il soit, n'est peut-être pas le pire problème que nous aurons à affronter car il n'aura qu'un temps. A terme, il sera remplacé par la carte Sésam-Vitale qui posera bien d'autres questions. Cette carte, en effet, sera à la fois l'équivalent de la feuille de soins actuelle et du carnet de santé. Même si le récent rapport Rozmaryn laisse entrevoir quelques retards, ou déboires, dans sa mise en oeuvre, il faut craindre dès maintenant que les pouvoirs publics et les caisses ne se fondent sur l'unicité de ce support électronique pour exiger l'obligation d'une double inscription, à la fois dans la zone de données administratives pour que le patient soit remboursé et dans la zone de données médicales qui tiendra lieu de carnet de santé. Il y aurait évidemment là un piège redoutable, à savoir que le prix de la confidentialité soit désormais le non remboursement des soins. Par ailleurs, personne n'est dupe des garanties de sécurité offertes par un tel système : le piratage informatique est maintenant assez répandu pour que chacun sache qu'il n'existe à notre époque aucune barrière infranchissable à ce niveau. L'on aurait bien aimé entendre plus clairement l'avis de la CNIL sur ce point mais la CNIL elle-même semble avoir bien du mal à se faire entendre en ce moment.

Que négocier et comment ?

Ceci posé, la question fondamentale demeure de savoir en échange de quoi nous pourrions négocier ces dispositions particulières. Les psychiatres libéraux pèsent déjà très peu dans le budget de l'assurance maladie : nous représentons approximativement 5 % de l'ensemble des médecins libéraux et, à travers nos honoraires et nos prescriptions, nous engageons 0,55 % des dépenses. Il serait pourtant naïf de penser que cela doivent nous assurer une relative tranquillité : dans le contexte actuel, l'expérience prouve au contraire que les nécessités techniques propres à chaque discipline sont d'autant mieux prises en compte que cette discipline pèse lourd dans les dépenses de santé.

Une première idée pourrait être de proposer un accord prix-volume, la valeur du CNPSY étant revalorisée en contrepartie d'un plafonnement des actes. Cette hypothèse n'est cependant pas sans poser de graves

problèmes. Dans un contexte où la plupart des psychiatres libéraux ont déjà du mal à faire face à une demande de soins en forte croissance, dans lequel, en outre, le nombre de psychiatres en formation a été dramatiquement diminué, un plafonnement de l'activité risquerait fort d'entraîner une exclusion d'un nombre important de patients du système de soins psychiatrique privé, ce qui serait inacceptable. Une telle hypothèse ne pourrait donc s'envisager qu'à condition de veiller à éviter ce risque par une prise en compte vigilante des besoins.

Ceci suppose que nous acceptions préalablement le principe d'une évaluation de ces besoins (que l'on ne se méprenne pas : je parle bien d'évaluer des besoins et non des pratiques, d'épidémiologie et non de normalisation des actes). Nous sommes peu habitués à considérer les choses sous cet angle mais si nous ne le faisons pas pouvons-nous faire confiance aux pouvoirs publics ou à l'université pour le faire à notre place ? Dans la suite des travaux de nos dernières Journées Nationales d'octobre 1996, il a été décidé de commencer une recherche sur ce sujet au sein de l'AFPEP.

Conclusions

On le voit l'année 1997 s'annonce critique et l'AFPEP - SNPP aura à se battre sur plusieurs fronts pour défendre la psychiatrie privée. Accréditation d'une formation continue appropriée à nos pratiques et non inféodée aux diktat économique, reconnaissance de notre spécificité par les centrales syndicales, les caisses et les pouvoirs publics, mise en valeur des besoins sanitaires auxquels nous répondons, sont autant de chantiers qu'il va falloir mener à bien au cours des prochains mois.

Jean-Jacques LABOUTIERE

MOTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

MOTION 1

L'assemblée générale de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P., réunie les 30/11 et 1/12/96,

- constate que, malgré de nombreux retards, les dispositifs de l'ordonnance du 24 avril 1996 sur la médecine de ville se mettent en place sans que soient prises en compte les exigences, éthiques et pratiques, particulières à l'exercice de la psychiatrie libérale, touchant notamment à l'accès direct (filières de soins) et la confidentialité (carnet de santé, télétransmission des données médicales),

- estime que de surcroît le système aveugle des quotas d'activité n'autorise aucune prise en considération de la réalité et de l'importance des besoins dans le champ de la souffrance mentale,

- souligne que la baisse délibérée du nombre de nouveaux psychiatres en formation va entraîner par ailleurs des difficultés grandissantes dans la prise en charge de ces mêmes besoins,

- réaffirme son attachement à un système conventionnel qui permette le plein accès à des soins de qualité, sans discrimination d'ordre économique,

- dans ces conditions, mandate expressément son Conseil et son Bureau pour entreprendre toutes démarches appropriées dans les cadres institutionnels existants ou, si ceux-ci s'avéraient inadéquats, **indépendamment de ces structures**, afin que les **besoins de soins psychiatriques** puissent être satisfaits dans le **respect des règles de notre discipline** qui en garantissent la qualité, l'efficacité et la pérennité.

Unanimité, une abstention.

MOTION 2

L'assemblée générale de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P., réunie les 30/11 et 1/12/96,

considère que la prise en charge des enfants en difficultés souvent graves dans le cadre des institutions régies par les annexes 24, 24 bis et 32, nécessite une implication importante des psychiatres.

Dans l'attente d'une réforme éventuelle de l'annexe 32, l'assemblée générale demande avec force que la place des psychiatres soit maintenue au sein des CMPP ainsi que la responsabilité des directeurs médicaux.

Elle réclame une circulaire visant à restituer leur place aux psychiatres travaillant dans les établissements annexe 24 et 24 bis.

Unanimité, une abstention.

MOTION 3

L'assemblée générale de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P., réunie les 30/11 et 1/12/96,

- exprime sa détermination à mettre en oeuvre une formation médicale continue indépendante et ouverte sur l'interinformation,

- estime que l'institutionnalisation de la FMC conventionnelle en psychiatrie ne doit pas ignorer les dimensions éthiques de la pratique psychiatrique (ou pratique psychiatrique privée) qui demeure fondée essentiellement sur la relation inter-personnelle,

- souhaite que la pluralité des pratiques comme des théories soit préservée en tant qu'elle constitue une caractéristique spécifique de la psychiatrie,

- exige des projets de partenariat mis en place qu'ils soient clairs et précis quelles que soient les sources de financement.

Unanimité, deux abstentions

MOTION 4

L'assemblée générale de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P., réunie les 30/11 et 1/12/96,

affirme qu'avec l'instauration de l'obligation de formation médicale continue, la cotisation obligatoire pour la FMC, en perdant sa valeur incitative, a également perdu sa raison d'être, sauf à obtenir une indépendance totale de la profession elle-même dans sa gestion, excluant l'intervention d'organismes tiers.

Une voix contre, trois abstentions.

MOTION 5

L'assemblée générale de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P., réunie les 30/11 et 1/12/96,

- a pris connaissance de diverses initiatives visant, sous couvert de FMC, à réunir les psychiatres libéraux au niveau départemental ou régional dans la perspective d'un regroupement national ultérieur.

- elle note qu'en fait, les objectifs avancés pour ces réunions impliquent non seulement les connaissances proprement dites mais également tous les aspects pratiques de l'exercice professionnel.

- elle remarque que ces projets sont soutenus par des opérateurs sans représentativité professionnelle, faisant appel à des financements extérieurs dans des conditions n'assurant pas les garanties d'indépendance indispensables en matière de FMC.

- elle met en garde les psychiatres et les invite à la plus grande clairvoyance face à des sollicitations éventuellement attractives mais qui, en se substituant aux organismes spécifiques, démocratiquement institués et mis en place par les praticiens eux-mêmes, compromettent la crédibilité et le fonctionnement de ceux-ci et cela dans un moment où il est fondamental pour eux d'assurer et de maîtriser leur propre formation, en pleine indépendance par rapport à des pouvoirs financiers quels qu'ils soient.

Unanimité, deux abstentions.

Secteur associatif

Antoine Besse

ACTUALITÉ ET PERSPECTIVES POUR LE SECTEUR ASSOCIATIF

(Établissements sanitaires et médico-sociaux)

D'après les renseignements que nous avons à ce jour, dès 1997, les ordonnances gouvernementales du plan Juppé vont changer le fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux. Il est institué un budget d'enveloppe globale sous l'autorité des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Celles-ci s'appuieront sur les DRASS pour fixer les nouveaux budgets de chaque établissement.

Au niveau du secteur associatif l'arrivée de la maîtrise des dépenses de santé fait appel à la budgétisation annuelle (comme pour les hôpitaux dont les ordonnances modifient la loi hospitalière de 1991) avec l'objectif de réduction de l'augmentation des dépenses région par région, dans une enveloppe globale, en fonction d'un contrôle de qualité.

Comment évoluera le budget global ? Par l'évaluation des coûts par le D.I.M. Une enquête, en juin, sera faite sur les bases CIM de l'O.M.S. (et non pas DSM IV).

Comment seront envisagés les cotations ? à la fois sous un aspect financier et sous un aspect qualité, avec des statistiques, cela nécessitant de poser des contenus. Cela pourrait se résumer ainsi : toute activité non évaluable sera non remboursable.

Derrière ces mesures, une théorie de la décision médicale apparaît avec des objectifs fixés à chaque spécialité, par exemple :

- pour les médecins : diminution des accidents de la route et des cancers.

- pour les psychiatres : diminution de la gravité des dépressions nerveuses et du taux de suicides.

L'objectif serait la recherche d'efficacité des soins et l'évaluation de leur qualité. Cela favoriserait-il l'approche ambulatoire et pluridisciplinaire ?

L'agence d'évaluation et d'accréditation (point I.S.A.) travaillerait selon deux axes :

- régionalisation,
- contractualisation (révisable pluri annuellement).

La formation médicale continue des médecins a commencé par l'évaluation du travail des intersecteurs (logiciel I.S.A.) avec un système d'évaluation des dossiers.

Ainsi, les établissements du secteur sanitaire et médico-sociaux financés sur l'assurance maladie se retrouvent dès cette année confrontés au grand changement et mis sous l'autorité des agences régionales de l'hospitalisation face à une organisation nationale et régionale, à une planification obligatoire et à une obligation d'évaluation périodique de l'activité de chaque établissement quant au respect ou non des contrats d'objectifs et de moyens.

Dr. Antoine BESSE

Hospitalisation privée - Nomenclature

Gérard Bles

L'affaire du K 15 n'était pas neuve. Elle sommeillait dans les cartons de la CNAM depuis 20 ans. Il y eut une fausse sortie dans les années 80, maîtrisée en grande partie du fait du SNPP qui avait exigé une négociation sur l'ensemble de la Nomenclature des actes psychiatriques : nos interlocuteurs avaient renoncé.

Nouvelle sortie, rampante, depuis 2 ans. La Fédération Française de Psychiatrie est sollicitée dès 1995 comme "expert", cependant que le CLAHP (Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée, intersyndical) est saisi au début 1996, sous l'argument qu'il s'agirait d'une cotation à la définition obsolète («chimiothérapies intensives...») et donc... sans objet ! Il faut savoir qu'elle est largement utilisée dans les 15 premiers jours de la cure, en particulier pour les états dits «aigus» - et représente de ce fait même une part importante des honoraires des praticiens travaillant en clinique. Caisses et Ministère en exigeaient la disparition pure et simple - ce qui remettait en question à la fois la conception des actes pratiqués (qui auraient ainsi été ramenés au simple «C de surveillance» - tout un symbole !) et la consistance des revenus des praticiens.

Le CLAHP se refusait à cette opération réductrice, le SNPP, pour sa part, remettant également en question ce «C de surveillance» indigne (posant notamment de graves problèmes aux établissements dits de psychothérapie institutionnelle, où ce C est sans rapport avec le volume d'activités réalisées).

Sur ces entrefaites, la CNAM produisait en septembre, à la demande du Ministre, son plan de réduction des dépenses, mesures de bric et de broc parmi lesquelles figurait la suppression autoritaire du K 15, sans autre forme de procès. Il s'agissait dès lors d'agir vite et d'obtenir une véritable négociation au moins sur ce point précis. D'abord engagée sous les auspices de l'Union des Médecins Spécialistes (U.ME.SPE-CSMF), ce furent en définitive les représentants du SNPP et du SPF - en liaison avec les syndicats d'établissements, FIEHP et UHP - qui en assurèrent l'achèvement et la mise en forme.

Il fallait absolument que soit reconnu le fait que le service rendu par le psychiatre en clinique est toujours un acte de psychiatre, dans toute sa complexité. Logiquement, c'est donc la lettre-clé CNPsy qui était retenue, modulée du fait des conditions particulières de réalisation de l'acte (nombre de patients concernés, répétition de l'acte - mais aussi participation de l'équipe soignante, etc.). Il fallait de surcroît que le coût d'application en soit légèrement inférieur à celui du K 15 - «offrande» exigée mais ici malgré tout considérablement minimisée. La discussion ne pouvait aller au-delà, mais le principe d'une révision plus globale de la Nomenclature était malgré tout retenu, en même temps que nous nous engageons à une observation sur un an des effets de la modification acquise, au prix de la "clarté comptable" et d'une enquête auprès des praticiens diligentée par les 4 syndicats constituant le CLAHP- psychiatrie (ceux d'entre les praticiens qui sont concernés viennent de recevoir ce questionnaire).

On aboutissait à la rédaction suivante, approuvée le 12 décembre par la Commission permanente de Nomenclature:

«Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique : acte de soins complexe réalisé en établissement psychiatrique, intégrant la régulation et les différents suivis pharmacologique, psychodynamique et environnemental, par jour» CNPSY 0,8.

complétée entre les parties par les précisions ci-après :

«- nouveau libellé pour la prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique en établissement psychiatrique (CNPSY 0,8) en remplacement de la chimiothérapie intensive. Les professionnels s'engagent, en collaboration avec les Services Médicaux des caisses, à définir très précisément les indications de cette prise en charge. Ces indications seront reprises dans une circulaire d'application diffusée par les caisses.

- Les psychiatres, représentés par le SNPP et le SPF, et les caisses d'Assurance Maladie s'engagent sur une révision de la nomenclature des actes de psychiatrie en établissement d'ici la fin de l'année 1997. La première étape, avant le 1er juin 1997, sera l'étude des différentes enquêtes et chiffrages de cette activité.

- Un suivi chiffré de l'activité des psychiatres en établissement (C de surveillance, CS, CNPSY) sera effectué à 6 mois et à 12 mois.»

Reste à venir l'**arrêté**, à la signature du Ministre.

Le SNPP, quant à lui, demeure tout aussi résolu à obtenir une remise à plat plus globale de la Nomenclature, portant également sur les actes extra-hospitaliers (en particulier les cotations des psychothérapies de groupe, mais aussi les psychothérapies familiales, de couple, parents-enfant) - et s'efforcera, dans cette perspective, de maintenir une coordination intersyndicale qui a permis d'aplanir certaines divergences au bénéfice de l'efficacité.

Gérard Bles

Vie régionale

Paul Lacaze

Délégation Régionale DRAFPEP Languedoc-Roussillon

Compte-rendu de la réunion générale Montpellier Centre «Les Mûriers» Jeudi 26 septembre 1996.

Salle comble et survoltée à l'énoncé des **premières atteintes individuelles de la réforme Juppé** :

- une enquête Sécurité sociale auprès des patients d'un confrère psychiatre-homéopathe à qui il est reproché de prescrire des traitements à visée somatique et non spécifiquement psychiatrique;
- un rappel à l'ordre pour l'un d'entre nous à propos du non respect de la RMO dans la prescription des benzodiazépines;
- la surcotisation sociale des «secteurs I» et surtout des «secteurs II» qui se demandent s'il faut payer, comment payer, quand payer. La marge bénéficiaire, déjà réduite, fond cruellement et l'on s'interroge sur l'avenir financier très incertain qui se profile à l'horizon 98 avec les premiers reversements prévisibles d'honoraires;
- enfin la décote ou la suppression du K15 atteignant les psychiatres exerçant en clinique privée avec une diminution considérable de leurs revenus alors même que les négociations sur ce sujet ne sont pas véritablement engagées.

Ces différentes premières mesures coercitives apparaissent comme autant de raisons de confirmer le **soutien déjà massif de l'assemblée à l'action de Recours en Conseil d'État déposé par le S.N.P.P.**

Ayant pris connaissance des stratégies et recommandations syndicales, tant de la CSMF que du SML, les confrères reposent la question d'une éventuelle démarche soit de déconventionnement global, soit d'une convention spécifique à la psychiatrie, soit d'élaboration de dispositions spécifiques dans le cadre d'une convention globale. Chaque engagement comporte un risque et mérite réflexion; il est pour le moins retenu par l'assemblée l'idée de créer un comité chargé d'élaborer un code de pratique de la psychiatrie libérale : initiative locale à visée nationale ? ou l'inverse ? ou vœu pieux ? les agences régionales de la santé y seraient-elles sensibles ?

Devant une maîtrise économique écrasante, le sentiment de devoir entrer en résistance s'exprime amplement. Mais aucune stratégie ne se dégage clairement. Faut-il s'y soumettre de fait pour mieux la combattre de l'intérieur ? Par la participation la plus proche dans les instances décisionnelles locales et nationales ? Par des grèves du zèle de type administratif ? Par une défense accrue des confrères en difficulté ? Par une sensibilisation des patients-usagers-citoyens et une pression sur les politiques ? Par des renforcements d'alliances syndicales ou des effets de coordination ? Ou bien vaut-il mieux au contraire s'en extraire totalement, ne pas cautionner la réforme en prenant du même coup tous les risques d'un pari incertain sur l'avenir individuel de chaque praticien ? A l'évidence, bien que convaincus de l'iniquité de cette réforme de santé, de son infaisabilité, de ses risques pour les patients et pour les psychiatres et donc de son inutilité en tant que telle, on manque trop de recul et de précisions pour que les effets en soient clairement perçus et le combat syndical significativement orienté.

Alors que faire ? Sensibiliser, alerter, diffuser, rassembler, élaborer !

Pour l'heure, il est appelé l'opportunité de maintenir et amplifier deux positions tactiques locales :

- 1) le **Comité d'Honneur** de la psychiatrie en L.R., créé en février dernier et chargé d'élaborer un code de pratique en psychiatrie libérale ainsi que d'assurer le soutien technique des confrères qui pourraient être remis en cause dans leur pratique par des procédures administratives.
- 2) la **FMC** qu'il convient d'organiser par nous-mêmes au plan régional en liaison avec l'A.F.P.E.P. nationale.

Ces perspectives d'élaboration professionnelle nous conduisent par conséquent à élargir le bureau de la Délégation Régionale de l'A.F.P.E.P. Languedoc-Roussillon selon quatre axes :

- 1) Dossier FMC - responsable Dr Hervé Granier,

2) Comité d'Honneur - responsable Dr Jack BouleT,

3) Gestion :

* matérielle (trésorerie) - responsable Dr Jacques Birot,

* informatique (secrétariat) - responsable Dr Jean-Michel Meric,

4) Coordination syndicale (régionale et nationale) : responsable Dr P.Lacaze. contact tel et fax : 67 42 35 79.

A l'issue de cette réunion régionale nous éprouvons le grand regret de ne plus pouvoir compter, au bureau, sur le dynamisme de notre amie le docteur Joëlle CORON sans laquelle notre Délégation Régionale de l'A.F.P.E.P. n'aurait sans doute pas vu le jour mais dont les obligations personnelles l'obligent à se mettre en retrait, tout en restant à nos côtés.

Paul LACAZE

Csmf-Umespe

Gérard Bles

A la veille d'une réunion du Comité directeur de l'Union des Médecins Spécialistes (CSMF) centrée sur les problèmes conventionnels récents, l'application des Ordonnances et la politique des spécialistes au sein de la Confédération, le Président du S.N.P.P. a adressé la lettre suivante au Dr. LE GOFF, Président de l'U.ME.SPE.

6 décembre 1996

La Confédération n'a pas signé : elle a bien fait, même si le motif de refus avait beaucoup rétréci au fil du temps. Les médecins, la grande majorité des médecins, n'auraient pas compris une attitude contraire.

En exacerbant les contradictions du corps médical, le Gouvernement et/ou la CFDT ont-ils manipulé celui-ci pour qu'il se divise, qu'il s'affaiblisse et puisse être mieux asservi ? Délibérément ou non, c'est probable.

Toujours est-il que notre syndicalisme se trouve désormais affronté à une problématique qu'il avait jusqu'alors tenté d'éluder : gérer les intérêts parfois divergents sinon contradictoires entre les différentes composantes du monde médical et, au besoin, arbitrer entre celles-ci.

Le corps des spécialistes, à cet égard, est un bon exemple. Il est resté soudé (en apparence) face à l'offensive de MG France, qui le prenait en cible privilégiée plutôt que de combattre le véritable "adversaire" (au point même de faire alliance avec lui !). Aujourd'hui, MG France espère bien toucher les dividendes de sa trahison politique, au minimum en contrôlant l'accès direct au spécialiste - mais bien au delà en escomptant accroître le revenu des médecins généralistes de 30 à 40 %, promesse fallacieuse par son ampleur, mais dont il restera bien quelque chose !

Donc, les spécialistes vont se retrouver plus ou moins privés d'accès direct et vont avoir à s'accommoder d'une enveloppe budgétaire probablement rétrécie. On peut craindre dès lors que les contradictions éclatent en leur sein.

Quelques spécialités ont peu à craindre du contrôle de l'accès à leurs soins, du fait de la spécificité incontournable de leur instrumentation. A l'autre extrémité, les spécialités "pauvres", intervenant surtout dans le cadre de "l'acte intellectuel", vont probablement devenir encore plus pauvres, ne serait-ce que parce qu'elles se trouvent en concurrence directe avec les médecins généralistes qui voudraient bien récupérer une partie de leur activité (par exemple les pédiatres ou les gynécologues médicaux). Entre les deux, les spécialités "mixtes", qui souffriront moins.

L'U.ME.SPE aura-t-elle la volonté et surtout la capacité de procéder à des arbitrages ? Elle devra le faire, ne serait-ce que pour ne pas "éclater", ce qui la menace déjà, me semble-t-il. Personne n'aura vraiment à y gagner à terme, mais chacun escompte tirer son épingle du jeu.

La psychiatrie, quant à elle, pose des problèmes particuliers (dont je ne pense pas qu'ils se réduisent aux "états d'âme" stigmatisés en d'autres temps par Maffioli).

Discipline "pauvre", nous le sommes, de façon comptablement démontrée depuis 20 ans. Et depuis 20 ans, nous escomptons un "rééquilibrage" qui ne vient jamais - dont la demande n'est même pas entendue. Mais là n'est pas le problème immédiat, ni même celui des RMO, qui nous gênent à divers égards.

Aujourd'hui, la question de l'accès direct est devenue pour nous cruciale. Car comme je l'avais évoqué dans ma note à l'U.ME.SPE du début de l'année, une grande partie de nos patients s'adressent à nous directement à l'insu des circuits médicaux habituels, pour des raisons impératives de confidentialité - et ils n'accéderaient sans doute pas aux soins psychiatriques si cette discrétion ne leur était plus assurée, ce qui se solderait par des effets négatifs coûteux (absence, retard ou inadaptation des soins).

C'est cette même confidentialité qui nous amène à refuser l'utilisation du Carnet de soins (en accord, sur ce point, avec l'Ordre des Médecins), sauf cas très particuliers de traitements entraînant de nombreuses incompatibilités, le Lithium par exemple. La simple indexation psychiatrique, même sans autres précisions, génère des effets négatifs au-delà même du circuit médical, dans le cadre familial par exemple. C'est pourquoi nous sommes, sur ce point, en désaccord avec la position confédérale, pour des raisons tant éthiques que techniques.

Et puis, il nous faudra bien aborder dans un deuxième temps le problème "budgétaire", pour autant que se précisera l'option d'enveloppes séparées par spécialité, déclinées nationalement ou régionalement. Avec 5 % des médecins libéraux, nous ne coûtons que 0,5 % du budget de l'Assurance Maladie ! Et surtout, la demande de soins va croissant dans notre domaine, la crise aidant, et ne saurait se trouver "encadrée" dans une simple photographie de l'activité existante. Sur cet aspect du dossier, l'U.ME.SPE pourrait aussi nous appuyer efficacement, si elle en prend la liberté.

Gérard Bles

Europe-UEMS. Réunion de la section de psychiatrie adulte

Jean-Jacques Laboutière

Haugesund (Norvège) - Octobre 1996

La seconde réunion de l'année 1996 de la section de psychiatrie adulte de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes s'est tenue à Haugesund, en Norvège, du 10 et 12 octobre dernier.

Rappelons que ce groupe de travail est constitué de deux délégués par pays de l'Union Européenne et des pays de l'AELE, ainsi que d'observateurs des pays de l'Est. Son rôle est de conseiller les instances décisionnelles de l'Union Européenne en vue de l'harmonisation des différentes spécialités, que ce soit au niveau de la formation initiale ou au niveau de l'exercice professionnel.

Cette réunion, très «technocratique», s'est limitée à travailler les dossiers en cours, sans qu'aucune décision importante ne soit prise. Quatre thèmes sont actuellement à l'étude : **la formation continue, l'assurance qualité, les psychotropes et la psychiatrie sociale** (psychiatrie extra hospitalière). Sous l'impulsion du nouveau président de la section, le Dr Gomez-Beneyto, représentant l'Espagne, il a été décidé afin d'accélérer les travaux de créer quatre commissions, chacune s'occupant de l'un de ces dossiers. La prochaine réunion, prévue en Autriche au printemps prochain, devrait donc permettre d'aboutir à des résultats plus tangibles.

En dépit de la pesanteur des procédures, l'importance de notre participation à ces réunions reste cependant fondamentale. En effet, chacun sent bien, et particulièrement les psychiatres, de quelle manière la réforme du système de santé proposée par le plan Juppé s'organise autour de la confusion de deux notions : **qualité et normalisation** des soins. Il se peut que certaines spécialités s'en accommodent : il n'appartient pas aux psychiatres de parler à leur place. Toutefois, pour ce qui nous concerne, ce sera un enjeu majeur de la profession dans les mois et les années qui viennent de parvenir à faire entendre aux pouvoirs publics que la qualité des soins en psychiatrie ne peut se fonder sur la normalisation des actes. A ce titre, les avis que la section de psychiatrie de l'U.E.M.S. pourra rendre en matière d'assurance qualité et de formation médicale continue seront fondamentaux. Il n'est donc pas possible que ces propositions puissent être élaborées sans que la psychiatrie française en soit partie prenante.

Jean-Jacques LABOUTIERE

FMC

Jean-Claude Montigny

Les grandes manoeuvres continuent à se développer à tous les niveaux, autour des trois pôles de cette formation devenue désormais obligatoire : production, validation et accréditation, financement. Les protagonistes se regroupent eux aussi, outre le clivage généralistes/spécialistes, autour de plusieurs pôles : syndical, ordinal, universitaire, associatif, avec une nouvelle venue et "rivale", la Fédération Nationale des Sociétés savantes (avec pour la psychiatrie la F.F.P.), enfin les financeurs et producteurs privés que sont les laboratoires pharmaceutiques (sans place désignée dans l'organigramme officiel) - Caisses et Ministère visant au contrôle des programmations...

Mais la vitalité - et surtout l'indépendance - de cette FMC dépendra en grande partie de la dynamique locale et régionale pour autant que le carcan bureaucratique ne compromettra pas leur vitalité.

C'est cette dernière perspective qu'entend privilégier l'A.F.P.E.P. Tel est le sens de la lettre qu'adressait J.C. MONTIGNY, dès novembre 96, aux responsables d'Associations Régionales :

«L'A.F.P.E.P., depuis 1972, s'est toujours attachée à promouvoir les connaissances et les échanges tant sur les pratiques que sur les théories (...)

Il est indispensable de nous organiser et de mettre en place un réseau entre les régions constituant ainsi une sorte de trame vivifiante pour la FMC et, pourquoi pas, un collège dans l'avenir.

Je vous propose un projet, que les associations déjà très actives au sein des départements voire des régions

coordonnent leurs actions et organisent, à partir d'un ou plusieurs thèmes, un cycle de formation mensuel ou bimensuel pour l'année 1997, au niveau régional. Ce travail peut, par la suite, se matérialiser par une action annuelle régionale.

Ainsi, c'est une façon, et de maintenir la créativité de chaque association, et d'étendre les échanges à un niveau inter-associatif.

Promoteur de ce nouveau type d'organisation pour la FMC, l'A.F.P.E.P. se donnera pour mission de coordonner, de faire reconnaître et accréditer vos actions et de délivrer des attestations de FMC. Pour cela je vous demande de me faire parvenir le plus rapidement possible, le modèle d'organisation et le type d'action que propose votre association dans votre département et votre région.

Suite à ce premier maillage nous pourrions dupliquer dans d'autres régions et à des moments différents, les actions de formation de chacun et enfin établir un programme de formation pour l'année à partir des thèmes retenus dans les différentes régions.

Il est temps de lier nos savoirs et de faire valoir notre savoir-faire. L'armature d'un tel réseau constituera une pierre angulaire à l'organisation et à la validation de notre formation rendue obligatoire à partir de 1997.»

Les **statuts des fédérations régionales** à mettre en place dès à présent, comme dans le Rhone-Alpes, doivent être rapidement déposés (Association 1901). Vous trouverez ci-après le texte de l'Article 2 définissant l'objet social de ces fédérations.

«La fédération se donne pour but :

- de promouvoir en psychiatrie une FMC de qualité en fédérant les différentes associations.
- de garantir la qualité, la pluralité et l'indépendance d'une FMC départementale et régionale dans le domaine de la santé mentale.
- de coordonner, faciliter et organiser les différentes actions de FMC du psychiatre.
- de favoriser une réflexion innovante en matière de FMC.
- de proposer des thèmes validants au CN FMC, et au CR FMC ceux ayant une spécificité régionale.
- d'être la représentante de la spécialité psychiatrie en FMC auprès des instances administratives régionales et de toute institution de la région ayant pouvoir sur l'organisation de la FMC (Ordre des Médecins, Unions Professionnelles, Université...), y compris en nommant des experts psychiatres représentant la profession auprès du CR FMC.
- de défendre la singularité et la spécificité de chaque association.»

Le Dr J.C. MONTIGNY, chargé de ce dossier à l'A.F.P.E.P., se tient à votre disposition pour vous piloter dans ce travail de coordination régionale et de réalisation de vos projets.

Correspondances

PETITES REFLEXIONS SUR LA MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE

Je viens de lire «Pluriels», n°6 - nov 96, journal de la «Mission» qui vient d'être reconduite pour 3 ans par le Ministère, après avoir été initiée il y a 6 ans par le rapport du Dr. Gérard Massé.

Étonné, une fois de plus, de ne lire dans les articles de ce journal, qui se veut communicant, qu'à un seul moment cités les médecins généralistes, je suis inquiet que cet organe officiel ignore totalement l'existence de la psychiatrie privée. Pas un mot sur ce partenaire tout à fait réel sur «le terrain» : 6 000 psychiatres en France n'existent pas dans le paysage de la Santé Mentale... Et pourtant, les psychiatres privés prennent en charge maints malades en étroite relation, hospitalisations (entrées et sorties), co-thérapies, avec des services et collègues du secteur public. Ceci est la pratique quotidienne des soins psychiatriques dans notre pays !

Eh bien non ! pour «Pluriels» nous n'existons pas, ni comme partenaires thérapeutiques, ni comme interlocuteurs pour les schémas organisateurs de la santé mentale dans les régions (ignorance aussi des établissements d'hospitalisation privée en psychiatrie...)

Étonnant, Dr Watson-Massé, isn't it ?

Dr Étienne ROUEFF

À PROPOS DU CARNET DE SANTÉ

Je tiens à vous informer du premier effet néfaste du carnet de santé que je constate sur l'accessibilité de la psychiatrie aux patients.

Aujourd'hui, une patiente que je vois au rythme insuffisant de une fois tous les deux mois, mais avec laquelle ce contact à minima (du à sa réticence soupçonneuse et pathologique) permettait un renouvellement d'ordonnance ainsi qu'un suivi de son état psychique précaire qui ont fait qu'elle n'a plus présenté de symptôme délirant depuis deux ans et qu'elle s'occupe normalement de son mari et de ses deux enfants, alors que la vie du couple était sérieusement menacée, m'a téléphoné pour me dire qu'elle avait reçu le carnet de santé et qu'elle ne voulait pas que mon tampon y figure. J'ai eu beau lui dire qu'à l'heure actuelle, je n'étais pas obligé de mentionner sa consultation, elle a annulé son rendez-vous de janvier.

Il est bien évident que cette basse fréquence de rendez-vous n'affecte pas mon chiffre d'affaire et que mon interrogation n'est que médicale.

Il est totalement regrettable que, alors que la psychiatrie s'est banalisée depuis plusieurs années, permettant aux patients de consulter rapidement et sans crainte d'être stigmatisés, la trace écrite sur le carnet de santé va relancer le vieil opprobre pesant sur la chose psychique. Il n'est pas inutile de savoir qu'un nombre non négligeable de patients viennent ainsi en «cachette» de leur généraliste, insistant pour qu'on ne les mette pas au courant de leur démarche et que le carnet de santé va dissuader ce type de patient qui, malheureusement, n'est pas rare. Il n'est pas de mon objet dans cette lettre de m'interroger sur le pourquoi d'une telle crainte du médecin de famille qui devrait être au contraire une personne à laquelle on peut tout dire.

Un tel constat si peu de temps après la mise en application du carnet de santé me laisse à penser que la psychiatrie devrait être exonérée de cette contrainte sous peine d'un retour en arrière de 15 ans concernant la liberté ressentie par les patients d'exprimer à leur manière leur demande. Que comptez-vous faire sur ce sujet ? Quelle doit être notre position vis à vis du carnet de santé ? Est-on actuellement obligé d'y faire figurer une

quelconque mention ou même notre tampon ?

Olivier BORRIONE

Notre réponse est connue...

CODAGE DES ACTES

Rappelons que le recours formulé par le **Syndicat des médecins d'Aix et région** a été rejeté par le **Conseil d'État** qui a estimé que :

Les règles mises en place destinées à permettre le codage des actes sont légales et, en particulier, conformes à la loi Informatique et libertés, ainsi qu'à la Convention européenne des droits de l'homme. Elles ne portent pas atteinte à la vie privée, dès lors que le décret attaqué comporte des dispositions destinées à préserver la confidentialité des données transmises et traitées.

Quand on connaît les réticences de la CNIL, les incertitudes quant à la préservation de la confidentialité, on peut être étonné d'une aussi tranquille assurance - qui pourrait bien concerner aussi le Codages des pathologies...

Le fichier 11-10.txt n'existe pas