Sommaire du BIPP n° 12 - Avril 1997

Chronique : Assurances... Gérard Bles

Citations

Actualités professionnelles - Gérard Bles

Nomenclature - Jean-Jacques Laboutière

De renversants reversements - Alain Richard

FMC : un nouveau schéma - Jean-Claude Montigny

JN 97

Vie régionale

Chronique : assurances...

Gérard Bles

Au fond, cela me rassure...

Cela me rassure que l'élégante Madame Guigou, femme de gauche, déplore au nom du parti socialiste (Quot. du Méd., 25/3/97) que le plan Juppé n'ait pas été efficace, regrettant le retard pris dans la mise en place des outils Évin-Teulade, l'informatisation, le carnet, le codage ou les RMO, mais déplorant aussi les rigueurs imposées à l'hôpital public, pour elle priorité essentielle, tout en proposant généralisation du tiers-payant et dégagement de moyens pour améliorer le remboursement des frais dentaires et lunetiers...

Cela me rassure que le distingué Monsieur Chamard, homme de droite, propose un numerus clausus à l'installation via le conventionnement (ib.) après avoir opposé le serment d'Hippocrate aux médecins qui prétendraient s'arrêter de soigner pour ne pas outrepasser leurs quotas...

Cela me rassure que le benoît Monsieur Barrot, la main sur le coeur, refuse de revenir sur une réforme "votée, acceptée (!) par les français, négociée (!!) pendant plus de dix huit mois avec les professions médicales" (ib.) et s'indigne à la simple idée que le Gouvernement puisse interférer dans un accord conventionnel du seul ressort des Caisses et des Syndicats médicaux représentatifs (!!!), même s'ils ont manqué d'imagination (!!!!) pour ce qui concerne les critères d'individualisation des reversements (un ratio du nombre d'actes par patient par exemple...) (Le Figaro, 29/30 mars 97). Il a quand même songé à améliorer le sort des internes (mise en place d'un groupe de travail...) et a suggéré qu'on ne procède pas à des retenues pour jours de grève : il a tout compris, on n'en attendait pas moins...

Cela me rassure que les Assurances et autres Banques, expertes reconnues en placements fructueux et qui savent bien, elles, éviter les "trous", meurent d'envie de privatiser la couverture des soins et d'organiser réseaux et filières.

Cela me rassure parce que tout ce beau monde, intelligent, lucide et responsable, manipule joyeusement contradictions, contre-vérités, dénégations et non-dit, absurdités et démagogie - ce qui tendrait à prouver, puisqu'ils ont l'air si sincères dans le premier degré, qu'ils ont eux aussi un inconscient, qu'ils subissent eux aussi la loi du désir - et, soit dit en passant, que nous aurons toujours, nous, psychiatres, de quoi nous occuper...

Cela me rassure - mais cela m'inquiète quand même. Parce qu'ils nous gouvernent, ces braves gens, et qu'ils pourraient bien à la longue parvenir à leurs fins. Tendre à satisfaire harmonieusement les besoins de santé ? Oh ! non... Mais convaincre les malades qu'ils abusent, les médecins qu'ils truquent, les bureaucrates que l'heure du pouvoir est enfin arrivée. Faire honte aux praticiens, les décourager de se battre pour des motifs aussi futiles, aussi égoïstes, aussi "corporatistes" que le souci de leur indépendance, de leur liberté de jugement, de leur droit de préserver les secrets qui leur sont confiés, de contester les dogmes du jour ou d'inventorier les voies de demain - et, pourquoi pas, d'exercer leur profession dans des conditions matérielles décentes...

Mais à nouveau, je me rassure. Parce que les pavés de Paris, arpentés trois fois en dix jours, sont beaux quand on accompagne une jeune génération qui a très vite accédé au véritable enjeu de sa propre révolte et débusqué le pièges des concessions ponctuelles : ce n'est pas parce qu'un système ne s'applique qu'à retardement qu'il en devient moins redoutable (ce que l'on avait déjà tenté de nous faire avaler en d'autres temps). Ce qui est en question, au delà même d'une politique, c'est un choix de société dans ses priorités et ses libertés...

Ce qui me rassurerait aussi, c'est que nous gardions la maîtrise de notre travail et de l'approfondissement, personnel et collectif, qu'il nous impose (notre formation continue en d'autres termes). Ca n'a l'air de rien, cette indépendance-là, mais l'homme, serait-il médecin ou psychiatre, est un animal conditionnable, oh ! combien...

Ce qui me rassurerait encore, c'est que nous gardions notre capacité d'indignation et de mobilisation dans ce combat que l'on voudrait bien nous faire croire perdu d'avance : il est tant de soumissions "réalistes" que l'histoire nous rappelle impardonnables...

Prendre des risques, c'est au fond, peut-être, une bonne manière d'assurer...

Gérard BLES

Citations

Seule compte l'économie... le travail purement comptable d'une administration qui se coupe de la réalité... Je regrette que l'intérêt des malades s'éloigne de plus en plus.

Il est temps que nous réagissions, il est temps que nous refusions, non pas avec un esprit politique, mais avec un esprit polémique, cette dérive, car nous avons raison. Notre devoir est de bien soigner les malades, le mieux possible, avec la meilleure gestion possible.

Pr. Bernard DEBRÉ (QM, 2/4/97).

Il n'a jamais été question d'établir des quotas... Si l'on avait tenu compte des besoins médicaux réels, l'enveloppe de dépenses aurait été plus proche des 500 milliards que des 600.

J.Y. CHAMARD (QM, 2/4/97).

20 % des dépenses superfétatoires ?

Si j'étais à la place d'Alain Juppé... je ne calerais pas ... Les internes... font partie de toutes ces professions qui mangent et qui vivent de la Sécurité sociale.

Michel CHARASSE, ex Ministre socialiste
(sur Europe, rapporté par QM, 3/4/97).

Ils (internes et chefs) confondent deux types de responsabilité : la responsabilité professionnelle, qui est indivisible et qui passe par les RMO, la responsabilité économique, qui est collective (et justifie les reversements...)

J.M. SPAETH (Le Monde, 4/4/97).

Actualités professionnelles

Gérard Bles

MANIFESTATIONS

Le S.N.P.P. a participé sous sa propre banderole aux manifestations du 16, du 23 et du 27 mars, réunissant à chaque fois, malgré la brièveté (pour ne pas dire plus) de la mise en alerte de chacun, plusieurs dizaines de psychiatres. Il est important de souligner combien la présence de nos jeunes confrères, internes et chefs de clinique, a pu insuffler de vigueur, de fraîcheur mais aussi de paradoxale bonne humeur, à cet exercice d'expression démocratique auquel nous prépare peu la solitude de nos cabinets et la réserve qui est devenue pour nous, psychiatres, une seconde nature (encore que...). Surtout, partis d'une légitime inquiétude quant aux conditions de leur futur engagement libéral, ils ont su rapidement aller à l'essentiel de l'enjeu, au delà de toute considération catégorielle : **la liberté d'accès, pour tous, à des soins de qualité** - venant ainsi réchauffer nos ardeurs ou balayer la résignation de quelques uns.

Nous vous invitons, à chaque fois que vous en avez l'occasion, à prendre contact avec eux sur le plan local pour leur faire percevoir combien nous sommes engagés dans la même lutte et leur savons gré de nous y épauler.

La manifestation du 13 avril, mieux préparée bien qu'en période de vacances scolaires, devrait permettre d'afficher avec éclat toutes les solidarités qui s'expriment autour de notre combat.

NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Le 13 février dernier, alors que les négociations conventionnelles étaient encore ouvertes, nous avons adressé au Président Confédéral, le Dr. Maffioli, qui nous y représentait, les remarques ci-après :

... Il y a grande opportunité, me semble-t-il, dès lors que l'on évoque la possibilité de ***dispositions conventionnelles*** *particulières pour les catégories de praticiens qui le justifient, à vous rappeler les* ***problèmes spécifiques à la psychiatrie libérale****, portant en particulier sur deux points fondamentaux :*

*- l'****accès direct****, indispensable en psychiatrie pour d'évidentes raisons de santé publique, un grand nombre de patients se refusant à énoncer une demande de soins de cet ordre par intermédiaire. Corollairement, il serait grave que nous soyons réduits à une position de consultants, les prises en charge spécifiques que nous assurons exigeant la répétition, parfois durable, de nos actes de consultation;*
- ***la confidentialité****, déterminante ici dans la qualité et l'opérabilité de la fonction soignante psychiatrique, qui nous a amenés à récuser l'utilisation du carnet de santé dans la plupart des cas (sauf pour mentionner par exemple tel traitement qui exigerait des précautions particulières, dans le cas d'associations médicamenteuses). De même, nous émettons les plus expresses réserves quant au codage des pathologies dans notre domaine. Le support informatique nous apportera, certes, un peu plus de sécurité - mais nous ne sommes pas convaincus de son inviolabilité.*

Tels sont les deux points qui pourraient être immédiatement traités dans le cadre de la négociation conventionnelle. Nous sommes bien évidemment complètement derrière vous quand vous refusez l'enveloppe globale et le rationnement des soins aussi bien qu'un système de pénalisations - reversements tout à fait inique.

Ultérieurement, dans un temps cependant proche j'espère, nous aimerions aborder avec vous les questions de ***démographie*** *(la psychiatrie est singulièrement menacée dans sa substance même par la régression démographique déjà sensible) - et de* ***F.M.C.*** *(domaine dans lequel la "compétition" bat son plein et le pouvoir a bien manoeuvré pour dessaisir le syndicalisme d'une part notable de ses responsabilités).*

Gérard Bles

CONVENTIONS (suite)

L'affrontement avec la grande majorité du corps médical et les éclats répétitifs qui ont émaillé la grève des internes et des chefs ont paradoxalement précipité la publication au J.O. (le 29 mars) de l'arrêté d'approbation des conventions, celles-ci, malgré certaines promesses, n'étant amendées sur aucun point. Et alors même que le Conseil National de l'Ordre venait de rendre un avis très sévère (mieux vaut tard que jamais) sur ces conventions - et donc les principes qui les inspirent - en se fondant sur les articles 6, 8, 5 et 4 du Code de déontologie (liberté de choix du patient, liberté de prescription, indépendance et secret professionnel) mais aussi 69 (l'exercice de la médecine est personnel, chaque médecin est responsable de ses actes) - tout en évoquant le *«maquis répressif»* mis ainsi en place avec le concours de *«syndicats minoritaires»*.

La prise de position ordinale déchaînait derechef les réactions de MG-France contre ce *«dernier défenseur du corporatisme de la médecine spécialisée»*, qui dévoile ainsi *«son vrai visage d'institution antidémocratique et antisociale»*. Et de revenir sur la responsabilité économique des médecins qui est *«forcément collective»* (voir page 2 les déclarations de Mr. Spaeth). Comme le pointe Le Généraliste (8/4/97), MG-France n'y va pas de main morte...

Pendant ce temps, l'un des vice-présidents de l'UCCSF (syndicat signataire pour les spécialistes), le Dr. Alain Choux, dénonçait le caractère non statutaire de cette signature, apposée selon lui par la seule volonté des Dr. Winisdoerffer et Gatelmand. A quoi le président de l'UCCSF rétorquait que la décision avait été prise après une AG... téléphonique ! (Indication intéressante quant au quorum de la dite AG). Que des recours se fourbissent dans les coins ne seraient pas étonnant...

G.B.

DU CONVENTIONNEMENT INDIVIDUEL

Quoi qu'il en soit, chacun d'entre nous va se trouver confronté, d'ici la fin mai, à l'obligation de s'engager - ou non - personnellement sur la nouvelle convention spécialistes.

Même si nous retardons au maximum l'heure de la décision, la réalité de nos pratiques va, selon toute vraisemblance nous **contraindre** à signer cette nouvelle convention alors même que nous l'estimons mauvaise. Le caractère **individuel** de cet engagement exacerbe sans aucun doute l'insupportable de cette contrainte.

Cette dimension de la **contrainte** introduit une distorsion juridique dans le contrat que nous signons ainsi, et justifie dès lors une procédure collective de recours.

C'est pourquoi, en s'inspirant d'une initiative de l'A.M.E. (Association Nationale pour l'Éthique de la Médecine Libérale), le S.N.P.P. vous propose d'envoyer à votre CPAM simultanément à votre engagement conventionnel, mais par **courrier séparé R.A.R.**, la lettre suivante, dont vous renverrez la photocopie à notre secrétariat, 59, rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris.

xXx

Monsieur le Directeur (de la CPAM de...)

Vous m'avez adressé les documents nécessaires à mon conventionnement. La lecture de ceux-ci fait apparaître un certain nombre de dispositions que j'estime en contradiction avec mes engagements déontologiques et scientifiques de médecin.

Néanmoins, il est hors de question que dans ma pratique j'impose à mes patients des discriminations d'ordre socio-économique, qu'il s'agisse de leur capacité à accéder aux soins ou de la qualité des soins que leur état exige : cela serait totalement contraire à mon éthique professionnelle.

C'est pourquoi je me vois **contraint** de demander mon adhésion à la convention qui m'est, de fait, imposée.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nomenclature et psychiatrie libérale

Jean-Jacques Laboutière

La refonte générale de la Nomenclature des actes médicaux (NGAP) est désormais entrée dans sa phase active et devrait aboutir, pour ce qui concerne la psychiatrie, à l'horizon 2000 (un symbole ?). Les principes organisateurs de cette révision s'avèrent hautement «techniques» (pour ne pas dire technocratiques) et nous obligent dès à présent à une réflexion préparatoire approfondie sur la nature de notre activité soignante.

Vous trouverez ci-après un texte élaboré par Jean-Jacques Laboutière, destiné à l'origine à un auditoire concerné mais profane et déjà remanié à partir des remarques de plusieurs d'entre nous. Il doit être considéré comme une ouverture à la discussion collective, moyen de solliciter vos contributions qui pourraient, éventuellement dans un avenir assez proche, constituer un corpus de travail édité en tant que tel dans notre revue PSYCHIATRIES.

G.B.

1 Position du problème

La nomenclature des actes médicaux reposait jusqu'à présent, au moins pour ce qui concerne les actes de soin «cliniques», mais également, dans une certaine mesure, pour les actes «techniques», sur la **forfaitisation d'une valeur moyenne de l'acte** ordonné à sa finalité, ne prenant pas en compte les variations **individuelles** de ses divers paramètres (par exemple difficulté, durée et, au moins pour les actes «cliniques», modalités «techniques» de leur mise en oeuvre).

Au nom d'une volonté de transparence des pratiques médicales, l'idée s'affirme maintenant que la nomenclature devrait, au contraire, s'attacher à décrire non plus quel soin a été réalisé mais quelles techniques ont été réellement utilisées dans le cas particulier d'un patient donné au cours de ce soin. Cette conception des choses conduit inévitablement à décrire l'activité médicale de manière exhaustive, sous forme d'un long catalogue d'actes distincts, chacun d'eux étant défini de manière précise, de sorte que la volonté de rénover la nomenclature des actes médicaux ne saurait plus se satisfaire avant d'être parvenue à désigner et à coder exactement tous les gestes possibles de la pratique médicale.

Cette logique n'est pas sans danger en ce qui concerne le soin psychiatrique car l' *«acte psychiatrique «* n'est pas toujours clairement appréhendé. A l'heure actuelle, la nomenclature en psychiatrie libérale est organisée autour d'une lettre clé spécifique à la consultation du psychiatre et du neurologue : le CNPSY. L'A.F.P.E.P. - S.N.P.P. s'est toujours résolument engagée en faveur d'une conception de la nomenclature privilégiant cette lettre clé spécifique, ceci pour des raisons qui tiennent autant à l'intérêt du patient qu'à des nécessités propres à l'exercice de la psychiatrie.

L'acte psychiatrique et ses nécessités techniques

La nature et la spécificité de l'acte psychiatrique ne peuvent se comprendre clairement sans rappeler d'abord le fait que le psychiatre se trouve confronté à une contrainte incontournable : il ne peut comprendre le fonctionnement psychique du patient qu'au prix de nouer avec ce dernier une **relation** de confiance et d'intimité. Il est vrai que, comme toute discipline médicale, la psychiatrie repose sur une clinique qui peut permettre un repérage diagnostique dès la première rencontre avec le patient, mais l'essentiel de cette clinique ne se manifestera qu'après que cette relation soit déjà nouée.

Certes, hors de la psychiatrie, toute médecine de qualité suppose une relation de confiance entre le malade et le médecin, cette relation constituant en elle-même un ressort fondamental de l'efficacité des soins. Mais, en psychiatrie, la relation entre le patient et le psychiatre va bien au-delà de la relation médecin-malade en médecine somatique car elle doit en outre laisser au patient la possibilité de se dévoiler en toute sécurité, y

compris dans sa dimension inconsciente qu'il ne contrôle pas lui-même.

Ce n'est qu'en comprenant l'importance de cette relation fondamentale que peut se saisir ce qu'est l'*acte psychiatrique* codé par la lettre-clé CNPSY. Au contraire de ce qu'on entend généralement en médecine, il ne s'agit pas d'un acte au sens d'une matérialité médicale du geste, voire de l'instrumentation, mettant des corps en contact; en ce qui concerne l'acte psychiatrique cette matérialité ne peut se cerner que dans l'espace et le temps d'une rencontre où seule la parole (au sens large) fait lien. L'acte désigné par le CNSPY est donc en fait une *rencontre qui fait acte*. Il importe de ne jamais perdre ce point de vue dès lors que l'on s'intéresse à l'organisation du soin psychiatrique.
Le préalable de cette rencontre entraîne des conséquences capitales. Ainsi, si l'on peut consulter n'importe quel médecin pour peu que sa compétence soit assurée, on ne consulte pas n'importe quel psychiatre. Quelle que soit la compétence de ce dernier, la **rencontre peut ne pas se nouer** et, dans ce cas, les choses en resteront là, sans prise en charge; en revanche si la rencontre se produit, alors le travail de soins peut se mettre en place à travers la répétition de ces rencontres.

La compréhension de ce qu'est l'acte psychiatrique éclaire certaines prises de position de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P. par rapport aux tentatives actuelles de réforme de l'organisation des soins. Cet acte ne peut, en effet, se réaliser qu'aux prix de certaines contraintes qui sont pour le psychiatre autant de nécessités techniques aussi impératives que peuvent l'être les conditions d'asepsie d'une salle d'opération pour le chirurgien.

La plus impérieuse de ces nécessités est la **confidentialité**, notion qui intègre le concept de secret médical mais le dépasse en certains points.

Ainsi qu'il vient d'être exposé, il s'agit avant tout de nouer une relation avec le patient de nature à ce que les mécanismes psychiques conscients et inconscients de ce dernier puissent se dévoiler. Or, que le patient sache que le psychiatre pourrait être amené à révéler à un tiers si peu que ce soit de ses fonctionnements intimes (et quand bien même il investirait ce tiers d'une grande confiance) perturbe cette ouverture *et ceci à l'insu du patient lui-même*.

Ce que les psychiatres entendent par confidentialité n'est donc pas seulement une application stricte du secret médical, mais encore le droit de ne rien dire eux-mêmes, fût-ce à un confrère, de ce qui s'opère dans la relation thérapeutique, afin de ne pas mettre cette relation en péril. Il ne s'agit donc pas seulement d'un point de vue déontologique mais bien d'une véritable nécessité technique de respect de l'intimité du patient.

Par ailleurs, la demande de soin en psychiatrie ne peut qu'être **une demande en nom propre**. Si, pour le médecin somaticien, peu importe que son patient s'appelle Dupont ou Durand, il n'en vas pas de même pour le psychiatre. Pour ce dernier, Monsieur Durand ou Monsieur Dupont peuvent tous deux avoir une névrose phobique ou une PMD, ils ne seront jamais confondus dans la même perspective diagnostique en vue d'un même traitement. Pour le psychiatre, l'identité du patient renvoie à la singularité personnelle de telle ou telle pathologie, ou plutôt de telle ou telle souffrance psychique. Un médecin de famille peut tout à fait avoir affaire à des secrets de famille : il les taira comme le lui enjoint le serment d'Hippocrate sans que cela interfère avec le traitement de l'ulcère du patient ou le calendrier de vaccinations des enfants de ce dernier. Pour le psychiatre, en revanche, ces secrets infléchiront sa réponse thérapeutique et il ne peut en aucun cas être question de les révéler à travers une **codification** quelconque des entretiens. Il est déjà bien suffisant que le CNPSY indique la spécialité concernée. Si des faits nouveaux, des particularités de l'évolution amènent le psychiatre à modifier son orientation thérapeutique, cela ne doit pas se traduire par une modification de la lettre clé de crainte que ne se dévoile aussitôt les raisons qui ont pu conduire à cette inflexion de la thérapeutique.

Ceci contribue à expliquer pourquoi le **libre accès du patient au psychiatre** constitue également une nécessité technique en psychiatrie tout aussi importante que la confidentialité : seule une telle liberté autorise à ce que se constitue cette demande personnelle, «en nom propre», soit qu'elle ne puisse s'exprimer d'emblée

qu'au dehors de tout circuit institutionnel classique, soit qu'elle se révèle au terme d'une première demande d'orientation médicale. Dans l'hypothèse où la rencontre deviendrait, isolément ou répétitivement, soumise à l'autorisation d'un prescripteur, sa substance risque de s'en trouver plus ou moins profondément altérée, ne serait-ce que parce qu'une telle procédure serait vraisemblablement de nature à entretenir chez le patient le fantasme qu'il ne saurait légitimement continuer à se soigner qu'au prix de donner à voir des symptômes à son médecin généraliste ou à tout médecin, «contrôleur» de la légitimité du soin, symptômes qu'il lui faudra continuer à produire. L'on peut d'emblée prédire qu'un tel système non seulement viendrait altérer la qualité du soin psychiatrique mais recèlerait de fortes potentialités pathogènes. Il est très probable que l'économie escomptée sur les dépenses de santé serait annulée par ce mécanisme, et peut-être même les dépenses se trouveraient-elles alourdies au regard de la situation actuelle.

Enfin, il est certain que la suppression de l'accès direct mettrait un certain nombre de patients dans l'impossibilité d'accéder au soin psychiatrique, soit qu'ils n'aient pas de médecin généraliste attitré du fait d'une situation de précarité, ou bien qu'ils ne parviennent pas à s'ouvrir d'une telle demande de soin à leur généraliste. De ce point de vue l'accès direct en psychiatrie constitue non seulement une nécessité technique mais réalise en outre un impératif de santé publique.

Enfin, l'acte psychiatrique étant avant tout un acte relationnel, **la formation continue du psychiatre** doit essentiellement viser à entretenir cette compétence à la relation. Cette dernière ne se fonde pas prioritairement sur la maîtrise des sciences fondamentales sur lesquelles s'appuient les autres disciplines médicales. Elle s'acquiert à la fois à travers une **expérience personnelle de formation à la relation** (souvent réalisée au moyen d'une démarche personnelle, psychanalytique, psychothérapique ou autre, au cours des années d'études ou des premières années d'exercice professionnel), et tout autant à travers un processus d' **interformation** réalisé dans des groupes de travail mis en place par les psychiatres eux-mêmes. L'A.F.P.E.P. - S.N.P.P. a toujours promu et défendu cette interformation qui, si elle ne dispense pas le psychiatre de bénéficier par ailleurs d'une formation continue dans le domaine des sciences fondamentales, - et tout particulièrement dans le champ des neurosciences et de la psychopharmacologie - constitue l'essentiel de sa formation continue.

Les dangers du démantèlement du CNPSY

L'on aura compris que, du point de vue technique, l'activité du psychiatre ne se décrit pas en actes de prescriptions médicamenteuses ni en actes psychothérapiques mais, ainsi que nous y avons insisté plus haut, en **une répétition de rencontres** au cours desquelles le psychiatre soutient sa position de soignant d'une compétence à la relation, quelle que soit la théorie à laquelle il se réfère, rencontres qui peuvent éventuellement se terminer par une prescription médicamenteuse en cas de besoin. Mais il importe de bien comprendre que ni la technique psychothérapique ni la prescription ne constituent en elles-mêmes *cette rencontre faite acte* que désigne le CNPSY.

Or si, selon la tendance qui semble actuellement se dessiner, une nouvelle nomenclature substituait une liste d'actes techniques à l'acte relationnel que représente le CNPSY, il y aurait alors fort à craindre que cet acte ne vienne à disparaître, ce qui engendrerait un certain nombre de dangers aussi bien pour les patients que pour les comptes de l'assurance maladie.

L'exemple des prescriptions de médicaments en psychiatrie est, à ce titre, très éclairant. Toutes les études réalisées à ce sujet, et particulièrement le récent rapport du Pr. Zarifian, montrent que les psychiatres prescrivent généralement peu, presque toujours à bon escient, et ne sont responsables que d'une faible part de la dépense totale en médicaments psychotropes, le reste étant essentiellement prescrit par les généralistes. Un tel écart ne s'explique pas seulement par une meilleure connaissance des médicaments prescrits de la part des psychiatres ni de l'effectif plus important des populations prises en charge par les généralistes; il s'agit bien là du constat que les prescriptions des psychiatres s'inscrivent dans une relation thérapeutique déjà élaborée. De manière plus précise, la prescription du psychiatre n'est qu'une manière, en cas de besoin, de conclure

une rencontre, mais c'est bien cette rencontre qui constitue dans ce cas l'acte médical; en revanche, la prescription du généraliste, si fondée qu'elle puisse être sur le plan médical, se veut souvent un acte médical en soi, au risque, le plus souvent, de ne devenir pour le patient que le prétexte d'une demande de rencontre jamais réalisée.

Il en irait de même en matière de psychothérapie. A supposer que chacune des techniques psychothérapiques actuellement en usage puissent être clairement identifiée et codifiée - ce qui ne va pas sans poser de considérables problèmes méthodologiques - elles perdraient toute efficacité si elles se réduisaient à l'application stricte de méthodes vidées de leur référence aux mécanismes à l'oeuvre dans la relation médecin-malade. De telles prises de positions conduiraient inévitablement à l'échec répété des traitements psychothérapiques et plusieurs scénarios pourraient alors s'envisager : demandes répétées de thérapies de plus en plus coûteuses, glissement du patient vers des modes de soins davantage centrés sur les médicaments, multiplication des arrêts de travail et des hospitalisations également très coûteux, etc...

Il est donc clair qu'une nomenclature fondée uniquement sur la description des techniques utilisées non seulement serait dangereuse pour la qualité des soins mais encore que, en aucun cas, elle ne pourrait être la source d'économie de dépenses de santé en psychiatrie.

Par ailleurs, nous n'insistons pas sur le fait qu'une telle nomenclature, en laissant voir quels traitements sont utilisés, attaquerait la confidentialité dont nous avons parlé plus haut.

Enfin, d'autres effets d'une telle nomenclature seraient plus redoutables encore. Le système actuel permet de prendre en charge une proportion de patients qui, sans présenter de psychopathologie avérée, se trouvent dans des situations de souffrance personnelle, de crise existentielle, qui peuvent être efficacement accompagnées et évoluent souvent favorablement au cours de prises en charges généralement assez courtes. Il est inévitable qu'une révision de la nomenclature insistant sur l'aspect technique des soins s'accompagne d'une codification restrictive des indications: ce mécanisme s'observe d'ores et déjà partout en médecine. Ne répondant pas à des critères psychopathologiques précis (à moins que l'on ne procède de façon réductrice ou, pire, arbitraire) ces patients ne pourraient alors plus être pris en charge. Ce type de souffrance n'étant plus soignée, elle évoluerait vers la constitution de tableaux psychopathologiques francs, de sorte que l'on assisterait très probablement à une recrudescence de la morbidité psychiatrique.

Complexité de l'acte psychiatrique

Envisageons enfin un dernier point. Dans l'hypothèse pessimiste où, malgré les dangers décrits plus haut les pouvoirs publics en viendraient à atomiser le CNPSY dans le cadre d'une nouvelle nomenclature, comment cela serait-il pratiquement réalisable ?

Les règles du jeu de cette nouvelle nomenclature sont d'ores et déjà connues : chaque acte médical devrait pouvoir se mesurer relativement à tous les autres selon quatre critères précis : **le temps, la compétence technique, l'effort mental et le stress.**

Observons tout d'abord qu'il est très artificiel de distinguer ces différents aspects qui sont à l'évidence, dans le cas considéré, corrélables entre eux, la compétence technique demeurant une constante obligée.

Comment appliquer ces critères à ce qui se réalise lors de la **rencontre** entre le patient et le psychiatre ? Le temps, certes, est important : l'acte psychiatrique est un **acte long** au regard du temps habituel de la consultation en médecine, mais qui pourrait a priori définir le temps nécessaire à ce que se noue la parole ? **La compétence technique** est tout aussi importante mais comment évaluer sa part exacte dans une rencontre qui peut toujours échouer même avec le praticien le plus compétent ?

L'**effort mental** est bien réel si l'on entend par là le travail d'attention, de disponibilité, d'élaboration réalisé

au cours d'un entretien. Quant au **stress,** qui peut se comprendre comme l'ensemble des facteurs qui sollicitent personnellement le praticien durant la rencontre, il existe toujours dans la réserve des expressions affectives, la recherche de la bonne distance, la retenue du passage à l'acte, en un mot dans tout ce qui concerne le contre-transfert. La complexité de l'acte psychiatrique résiste donc à ce découpage artificiel.

De plus cela aurait-il beaucoup de sens de prétendre qu'une consultation en vue de l'ajustement d'un traitement médicamenteux solliciterait moins d'effort mental qu'une séance de psychothérapie ? Qu'une séance de thérapie de tel type demanderait moins de temps qu'une autre de tel autre type ? Qu'il serait plus stressant de recevoir un schizophrène qu'un phobique? Défions-nous d'entrer dans de telles considérations car - et les mots que nous venons d'employer le montrent d'eux-mêmes - il n'y aurait d'emblée aucune place pour la **singularité** du patient : il n'est dès lors plus question que de catégories nosographiques ou thérapeutiques et c'est la rencontre du patient dans son originalité personnelle qui se trouverait aussitôt évacuée de la pratique.

Conclusions

Nous espérons avoir pu montrer à quel point la question de la nomenclature en psychiatrie et plus particulièrement en psychiatrie libérale, constitue un enjeu fondamental pour la qualité des soins.

Nous fonctionnons actuellement dans un système qui rémunère un acte psychiatrique spécifique, fondateur d'une relation entre le patient et le psychiatre indispensable à la qualité du soin, et nous en avons expliqué les raisons.

Nous comprenons qu'il soit séduisant de modifier la nomenclature en la faisant reposer sur les techniques utilisées dans le cadre des soins au nom d'une «transparence» généralement repérée comme vertueuse en ces temps de contraintes économiques.

L'A.F.P.E.P. - S.N.P.P. ne peut cependant laisser croire que cela puisse réaliser un progrès dans le champ psychiatrique. Il est à craindre que ce changement radical de point de vue de la nomenclature en psychiatrie libérale ne vienne gravement nuire à la qualité des soins et alourdisse les dépenses de santé au lieu de les réduire.

L'acte psychiatrique est difficile à appréhender sans effort de réflexion, trop complexe pour se laisser décrire par un découpage artificiel selon des axes prédéterminés. Il n'est cependant ni insaisissable ni impossible à comprendre. C'est pourquoi l'utilisation du CNPSY(1), lettre clé spécifique de l'acte du psychiatre, doit être considéré comme une exigence technique au même titre que d'autres pour la réalisation d'une pratique psychiatrique de qualité.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

(1) Nous ne verrions d'ailleurs qu'un supplément de clarté dans la transformation du CNPSY en un CPSY réservé aux seuls psychiatres.

De renversants reversements...

Alain Richard

Le plan Juppé prévoit l'encadrement de l'ensemble des dépenses de santé et donc la maîtrise budgétaire des dépenses de ville.

Chaque année un accord État-Caisses élabore et détermine une ligne budgétaire sur laquelle le Parlement sera amené à se prononcer. Ce budget comprend, outre l'activité des médecins libéraux, objet de la double convention médicale généralistes-spécialistes, l'activité d'autres professionnels de santé tels les dentistes régit par d'autres textes.

1) La convention instaure **un objectif d'évolution des dépenses médicales** à l'intérieur du budget de l'Assurance Maladie répartis en quatre enveloppes : honoraires et prescriptions pour les généralistes, honoraires et prescriptions pour les spécialistes.

Pour les spécialistes que nous sommes, quelques chiffres indicateurs (en millions de francs) :

	1995 (dépenses réelles)	1996 (dernières estimations)	croissance en %	1997 (objectif prévisionnel)	croissance en %
Honoraires	39.741	41.000	3,17 %	41.590	1,44 %
Prescriptions	24.700	25.700	4,05 %	25.830	0,51 %
Total	64.441	66.700	3,50 %	67.420	1,08 %

Une lecture directe indique déjà un ralentissement. En outre, il faut savoir qu'en ce qui concerne les honoraires, la somme de 41.590 millions (objectif 1997) **comprend** 850 millions de **provisions** d'honoraires reversées **en 1998** par les Caisses si les objectifs sont respectés. On comprend que pour espérer recevoir l'intégralité de cette provision, il faudra que la masse des honoraires en 1997 soit de 41.590 - 850 = 40.740 millions c'est-à-dire **régresse de 0,64 %**. Et on recommence chaque année...

2) Un **suivi de l'objectif** est mis en place avec un relevé global trimestriel pour les partenaires conventionnels (syndicats signataires et Caisses) et un relevé individuel d'activité du praticien (R.I.A.P.) semestriel pour nous.

C'est bien sûr pour nous une fréquence insuffisante mais, de toute façon, notre activité personnelle ne détermine pas la décision qui nous sera appliquée de recevoir un «bonus» (la provision d'honoraires) ou de payer un «malus» (le reversement) : elle permet seulement la modulation à la hausse où à la baisse de ces mêmes sommes.

3) Pour garantir le respect des enveloppes qui sont opposables à la profession, cette dernière est soumise au **dispositif provision/reversement.**

Le processus commence au plus tard fin février de l'année n + 1 (1998 la première fois) où le constat est dressé au niveau national quant au respect de l'objectif.

Le texte conventionnel ne précise pas si chacune des deux enveloppes : honoraires (41.590) et prescriptions (25.830) doivent être respectées, ou seulement la somme totale (67.420). Néanmoins, le plan Juppé ne vise pas tant à réduire les revenus des médecins qu'à contenir les dépenses de santé. On peut donc estimer que seule le respect de l'enveloppe globale sera condition du succès ou de l'échec.

Dans la première éventualité c'est-à-dire si la somme des dépenses est inférieure à 67.420, l'ensemble des spécialistes recevra, au plus tard le 15 mai, la différence (à concurrence de 850 millions) sous forme d'honoraires différés : la fameuse provision conservée par les Caisses. Ce «bonus» sera partagé en proportion de l'activité remboursée (hors dépassement) de chacun, et **plafonnée** pour les 20 % des praticiens dont

l’activité est «la plus élevée dans leur catégorie ou spécialité».

Dans la seconde éventualité le dépassement global peut avoir pour origine une inflation des dépenses liées aux honoraires et/ou aux prescriptions.

Dans tous les cas, la provision n’est pas versée. Pour l’enveloppe nationale des **honoraires**, l’**intégralité**, au premier franc de dépassement, devra être reversée et **5 %** du dépassement pour les **prescriptions**. Cela constitue, une fois déduites les autres sanctions déjà réglées (non respect des RMO, décisions des CMR...), le **reversement national** qui devra être réglé au plus tard le 15 mai.

4) La procédure qui détermine le **montant de votre reversement personnel** comprend plusieurs étapes et de nombreux calculs (dont je ne suis pas sûr d’avoir saisi toutes les finesses).

La première étape : les **régions** qui auront satisfait à leur propre taux d’évolution seront dispensées de reversement, les autres prendront à leur charge et à concurrence de leur part respective le dépassement constaté nationalement. En effet, chaque région a un taux d’évolution autour du taux pivot national de 1,05 % modulé pour réduire progressivement les disparités inter-régionales de consommations de soins elles-mêmes déterminées selon une formule très complexe.

La seconde étape : pour chaque région mise à contribution, le ratio part du reversement "normal" sur la masse des bénéfices de l’ensemble des spécialistes de la région, fixant le taux de base **individuel** (à un franc de bénéfice individuel correspond X francs de reversement individuel).

Troisième étape : le montant de votre reversement est fonction de la masse de vos honoraires évalués par les Caisses suivant la formule : sommes présentées à remboursement par vos patients diminuées d’un taux de charges professionnelles, fixé pour les psychiatres (comme pour beaucoup de spécialistes) à 45 %.

Enfin dernière étape : ce montant individualisé est, si j’ose dire, personnalisé par des **majorations** ou **minorations** de 20 % chacune.

le volume de vos honoraires est dans les 25 % les plus élevés de votre spécialité : 1 maj.

ou ce volume est dans les 5 % les plus élevés de votre spécialité : 2 maj.

Votre ratio dépassements sur honoraires sans dépassement est dans les 10 % les plus élevés de votre spécialité : 1 maj.

et ce même ratio est en augmentation cette année : 1 maj.

Votre ratio de prescriptions sur honoraires sans dépassement est dans les 25 % les moins élevés de votre spécialité : 1 min.

Votre ratio du coût total par client a baissé cette année : 1 min.

ou ce même ratio a baissé d’au moins 10 % : 2 min.

Vous n’avez pas été sanctionné pour non respect des RMO : 1 min.

Vous faites le total des majorations et des minorations qui se combinent et vous ajoutez ou vous retranchez X fois 20 %.

N.B.: Comme l’ensemble des médecins concernés doit régler l’**intégralité de la pénalité** et si le respect des RMO est le fait de la grande majorité des médecins, cette minoration est virtuelle.

5) Enfin, l'article 25 de la convention prévoit expressément qui si un reversement est dû au titre de l'année 1997, plutôt que d'être réglé au printemps 1998, il pourra être déduit de l'objectif 1998 qui pourrait alors devenir une régression... mais c'est après les législatives.

Il ne me parait pas utile d'ajouter des commentaires à ce texte qui parle de lui-même. S'il vous est apparu obscur, je vous invite à vous plonger dans le texte conventionnel titres 19 à 25. Vous pouvez aussi m'adresser vos questions (ou vos éclaircissements ?) à ce sujet.

D'avance merci.

Alain RICHARD

FMC : un nouveau schéma

Jean-Claude Montigny

Rappelons le cadre légal de la FMC obligatoire avant d'apporter des propositions élaborées par le groupe de réflexion sur la FMC de l'A.F.P.E.P.

A) Rappel du cadre légal de la FMC obligatoire

D'obligation morale et déontologique la FMC est devenue obligation réglementaire depuis le 1er janvier 1997. Cette FMC obligatoire est réglée par deux textes

* au livre IV du Code de la santé publique, titre I, chapitre I section II les paragraphes 3 et 4 deviennent respectivement les paragraphes 4 et 5.

Il est inséré dans cette section II un paragraphe 3 ainsi intitulé : Règles relatives à la formation médicale continue. Art L 367-2 à L 367-11.

* décret n° 96-1050 en date du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral.

A la lecture de ces textes, tout médecin est dans l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. C'est un devoir professionnel.

Tout médecin devra justifier du respect de cette obligation auprès du CRFMC qui délivrera une attestation dont un exemplaire sera à transmettre au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et un autre exemplaire au service du contrôle médical de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu d'exercice.

Si le dossier FMC du médecin ne satisfait pas le CRFMC alors le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins est saisi.

Les nouvelles dispositions confient l'organisation de la FMC des médecins libéraux à de nouvelles instances créées à cette fin : le CNFMC et les CRFMC.

Le Conseil National de la FMC (CNFMC) a pour missions :

- l'élaboration d'une liste annuelle des thèmes de FMC prioritaires au niveau national;

- le recensement de tous les moyens de formation disponibles y compris ceux qui ne bénéficient pas d'un financement par le FAF;

- l'évaluation de la valeur scientifique et pédagogique des moyens reposant sur quatre critères (indépendance, pertinence, qualité scientifique et qualité pédagogique);

- l'établissement d'un barème des actions de formation;

- le rapport quinquennal qui s'appuie sur les rapports annuels établie par les Conseils Régionaux de la FMC;

- la validation des actions de FMC proposées par le FAF.

Le CNFMC est composé de quarante médecins répartis en quatre collèges de dix médecins et deux catégories, les bénéficiaires (représentants de l'Ordre des Médecins et des Unions Professionnelles des médecins) et les prestataires (représentants des UFR de médecine et des associations ou fédérations des associations de FMC).

Participent aux travaux du CNFMC avec voix consultative :

- un représentant du ministre chargé de la santé,

- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur,

- trois médecins représentants les Caisses,

- un représentant de FAF désigné par le conseil de gestion du FAF.

Le bureau du CNFMC est constitué de douze membres élus pour quatre ans :

- un président pris dans la catégorie bénéficiaire,

- trois vice-présidents,

- huit membres.

Les Conseils Régionaux de la FMC (CRFMC) ont pour missions :

- le recensement des moyens de formation à caractère régional;

- la remise des attestations au vu d'un dossier rendant compte des activités de FMC du médecin;

- un rapport sur la FMC régionale.

Le CRFMC est composé de trente deux médecins répartis en quatre collèges de huit médecins et deux catégories, les bénéficiaires et les prestataires.

Participent aux travaux du CRFMC avec une voie consultative :

- le préfet de région ou son représentant

- trois médecins représentant les diverses caisses.

Le **FAF** est régi par les dispositions du livre IX du Code du Travail.

B) Les propositions du groupe responsable de la FMC à l'A.F.P.E.P.

Il faut savoir qu'un tel dispositif est là pour que les psychiatres rendent compte de leur formation obligatoire. Fallait-il attendre ces textes pour se rendre compte que les psychiatres avaient **depuis toujours pris du temps** pour se former ?

1) Avant toute élaboration de projets d'action de FMC, il est indispensable d'expliciter et de considérer les besoins spécifiques des psychiatres privés. Pour ce faire, l'A.F.P.E.P. propose d'élaborer **une charte de la FMC en psychiatrie** dont les bases reposent sur les particularités de la psychiatrie dans le domaine de la formation.

2) le CNFMC va définir les critères de validation des actions de formation sous forme d'une grille. Bien qu'elle ne soit pas encore publiée, l'A.F.P.E.P., tout en répondant aux préoccupations des psychiatres exerçant à titre libéral, devra apprendre à travailler avec ces grilles.

3) La validation des actions de formation tant nationales que régionales est essentielle. Pour cela l'A.F.P.E.P. doit resserrer des liens avec les associations telles que l'UNAFORMEC et l'AFORSPE.

4) La participation de l'A.F.P.E.P. dans toutes les instances de FMC n'a raison d'être que de faire valoir le travail des psychiatres privés.

5) Au niveau régional il existe un dynamisme formidable en FMC en psychiatrie. L'A.F.P.E.P. propose que les associations et les groupes de FMC s'organisent pour faire valoir leurs savoir-faire et sollicitent une place auprès des CRMFC soit en tant que membre, soit en tant que participant au collège des experts.

6) Les actions régionales de FMC sont nombreuses. Ne serait-il pas opportun de les proposer dans d'autres régions et ainsi d'établir un réseau de FMC coordonné par les responsables de la FMC à l'A.F.P.E.P. ?

7) Les associations départementales et/ou régionales pourraient faire un état des lieux de leurs actions et l'adresser à l'A.F.P.E.P. Ainsi nous établirions un fichier des thèmes et un carnet d'adresse des intervenants.

Ces propositions qui ne demandent qu'à être affinées sont là pour inciter la réflexion, réactiver la régionalisation et préserver l'indépendance de la FMC.

Jean-Claude MONTIGNY

N.B. Nous parlerons la prochaine fois des particularités introduites par l'existence d'une **F.M.C. conventionnelle** dévolue à la maîtrise des parties signataires de la Convention, Caisses et syndicats (MG-France et UCCSF), source actuelle de discordances et de conflits - par rapport au schéma général que nous venons de dresser.

JN 1997

XXVII èmes Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

17-18 octobre 1997 Paris

CAP 15 Centre International de congrès 1-13 Quai de grenelle 75015

«Psychosomatique 1997

Quelles limites pour quels acteurs»

ARGUMENT

Dualiste dans son étymologie mais «politiquement», téléologiquement, moniste, la psychosomatique est avant tout médecine - pour ne pas dire que la médecine est (devrait être ?) par essence psychosomatique.

Par définition, il s'agit d'un champ clinique à expression prioritairement corporelle. Comme tel, il concerne avant tout les médecins somaticiens tout en questionnant vivement les psychanalystes, mais pas seulement eux, sur le mode génétique.

Les psychiatres, quant à eux, se situent plutôt à l'écart, d'un point de vue clinique, sauf à être questionnés marginalement par la pathologie de conversion, l'hypochondrie ou par les remaniements réciproques entre processus somatiques et psychopathologiques.

On peut voir se dessiner cependant, chez certains somaticiens, une tendance à renvoyer vers les psychiatres, en tant que «spécialistes» de la souffrance psychique, tout ou partie de cette pathologie du corps dite psychosomatique dont la résistance à la thérapeutique autre que symptomatique est si fréquente.

Dès lors, si l'on admet que le processus psychosomatique puisse être une modalité économique du fonctionnement du «sujet au monde», dans sa conflictualité actuelle et/ou archaïque, une question centrale vient à se poser : y-a-t'il intérêt à inciter le patient à un recentrement de cette problématique du somatique au psychique ? Et sur quel mode, à partir de quelles sollicitations et dans quelles limites le psychiatre pourrait ou devrait-il intervenir ?

Comité Scientifique :

Antoine BESSE - Nadine BESSON - Henri BIBAULT - Gérard BLES - Didier BROMBERG -

- Martine BURDET-DUBUC - Jean-Paul GUITTET - Jean-Jacques LABOUTIÈRE -

- Jean-Claude MONTIGNY - Étienne ROUEFF

Vie régionale

Délégation Régionale DRAFPEP Languedoc-Roussillon

Réunion générale des psychiatres du Languedoc-Roussillon, le 23 janvier 1997 à Montpellier.

70 psychiatres étaient présents.

1) La présentation du Comité d'Honneur de la Psychiatrie en L-R par son coordinateur le Dr. Jack Boulet a débuté par l'exposé d'une situation vécue de passage en CMPL pour un infime litige sur les RMO. Notre confrère, le Dr. Aspe, particulièrement apprécié pour ses compétences en géronto-psychiatrie, nous a décrit avec une grande émotion comment il avait dû affronter ce véritable «tribunal» dans des conditions peu confraternelles, ne devant son salut qu'au fait de bénéficier du «bon semestre» lié à la présidence du représentant de la CSMF aussitôt contacté par notre Comité d'Honneur. Les 9 membres du Comité d'Honneur (privés et publics) s'apprêtent donc désormais à étudier tous dossiers litigieux en matière de RMO en vue de soutenir les confrères inquiétés, voire de les accompagner en défense.

N'hésitez donc pas à contacter le Dr. Jack Boulet à la moindre alerte (04 67 52 72 10).

Notez que d'ores et déjà certains autres spécialistes (dermatologues, endocrinologues, pédiatres...) nous ont contacté pour adopter la même tactique !

2) Annonce de la création de la Fédération de FMC des Psychiatres Privés en Languedoc-Roussillon.

Cette mission incombe au Dr. Hervé Granier. Elle consiste à déposer les statuts d'une Association Loi 1901 portant l'intitulé : Association Fédérative des Psychiatres d'Exercice Privé du Languedoc-Roussillon : **AFPEP-LR** qui, une fois agréée, regroupera par affiliation toutes les associations de formation de qualité à l'intention des psychiatres privés sur les 5 départements de la région; de manière à pouvoir les représenter devant les organismes accréditifs (AFORSPE, UNAFORMEC ou autres selon les nominations représentatives au sein de la Commission Régionale de FMC) et de leur faire bénéficier du label FMC avec les «points» correspondants.

Il est désormais urgent que toute les associations déjà créées on en voie de l'être dans les départements du Languedoc-Roussillon se manifestent si elles veulent produire une formation accréditée. Pour cela un seul contact : Dr. Hervé Granier, tel 04 67 58 31 09.

Pour toute information utile concernant la psychiatrie privée dans la conjoncture actuelle vous pouvez joindre le Dr. Paul Lacaze, trésorier de l'A.F.P.E.P.-S.N.P.P., délégué du Languedoc-Roussillon, au 04 67 42 35 79 (préférence lundi après-midi).

La DRAFPEP-LR se tient prête à décentraliser ses réunions dans les départements qui souhaitent les organiser.

La prochaine réunion générale de la Délégation Régionale de l'A.F.P.E.P.-L.R. se tiendra à Montpellier le 20 mai 1997 à la Maison des Professions Libérales Parc du Millénaire, rue Alfred Nobel .

Paul LACAZE

Une coordination des associations de FMC de Paris Ile-de-France

L'objet de cette coordination est : **«la promotion de la FMC en psychiatrie libérale en respectant la spécificité et la diversité de notre champ d'action».**

Elle concerne toutes les associations et amicales de psychiatrie libérale de Paris Ile-de-France qui souhaitent se réunir pour une dynamique d'interactivité et de représentativité. Elle est un outil de recherche, d'interdisciplinarité et aussi d'accréditation...

Nos associations diverses regroupent des praticiens qui fournissent un travail important depuis plusieurs années. Hélas, ce qui pouvait se transmettre est resté le plus souvent dans les cartons, faute de moyens et d'organisation pratique. La mise en commun des énergies et des moyens va permettre la réalisation de communications plus efficaces. Quant à l'approche multidisciplinaire, théorique et pratique, dans certaines associations, elle mériterait d'être réélaborée dans une perspective de découverte pour certains ou afin d' étayer des théories existantes pour d'autres.

Enfin, la mise en commun des objectifs et leur évaluation consensuelle pourrait conduire à une ouverture vers de nouvelles attitudes thérapeutiques. Dans un domaine encore en friche, celui des cas limites, pourront être réalisées des enquêtes épidémiologiques raisonnées afin de mieux corriger nos activités préventives dans le contexte de santé publique actuel.

La CAFMC (Coordination des Associations de FMC) propose de relier entre eux les experts libéraux participant aux FMC et d'organiser le dialogue avec les tutelles et les structures départementales, régionales et nationales de FMC.

L'approbation des statuts définitifs est prévu le lundi 12 mai. Venez nombreux pour exposer vos souhaits ou vos réalisations en matière de FMC. Téléphonez-nous, nous vous communiquerons le lieu et l'heure de cette réunion qui ne sont pas encore fixés au moment où le BIPP part à l'impression.

Pour le Bureau provisoire

Le président : **Guy GOZLAN**
La Secrétaire Générale : **Martine BURDET-DUBUC**

Association des Psychiatres Privés de l'Aube

La totalité des psychiatres libéraux du département de l'Aube a rédigé la lettre ci-après, qui a été adressée au Conseil Départemental de l'Ordre (qui a transmis au Conseil National sans donner son avis propre), aux experts locaux, aux collègues du secteur public (qui n'ont pas bougé, certains mettant même le diagnostic sous forme CIM 10 sur le carnet de santé).

Les psychiatres libéraux s'interrogent quant au respect de l'éthique médicale dans leur domaine spécifique, la santé mentale, à propos du carnet de santé.

Nous exerçons notre profession dans une relation duelle, basée sur la confiance et le respect du secret médical.

AVEC LE CARNET DE SANTÉ ACTUEL, nous craignons :

- que la famille, les proches du patient puissent facilement prendre connaissance de son contenu.

- qu'un étiquetage «psy» soit définitivement acquis même pour une simple consultation; qu'en sera-t-il pour une tentative de suicide à 20 ans, une alcoolisation aiguë, une bouffée délirante, etc. N'y-a-t-il pas le risque de définir des «personnalités fragiles» même s'il n'y a plus de pathologie manifeste ?

- qu'une pression s'exerce par exemple pour l'obtention d'une assurance, d'un crédit, d'une embauche...

- qu'un patient en phase délirante ou maniaque ne puisse nous dire s'il souhaite que cela figure ou non sur le carnet.

- que les patients aisés consultent sans se faire rembourser pour ne pas être fichés et que les autres ne consultent plus. Nous avons d'ores et déjà observé que le refus du carnet va de pair avec la qualité du niveau socio-culturel.

AVEC LA FUTURE CARTE INFORMATIQUE, nous craignons :

- encore plus l'intervention du tiers car les données nominatives seront regroupées dans une «banque» facile à piller.

- qu'une politique eugénique trouve là un outil remarquablement commode.

- qu'une comptabilité statistique et économique avec des moyennes et des normes ne fasse irruption dans la relation inter personnelle librement choisie du médecin et du malade.

- qu'on juge de l'efficacité et de la rentabilité de telle ou telle approche psychologique ou médicamenteuse en termes statistiques alors que nous avons affaire à une personne, un individu singulier.

- que, par exemple, lorsqu'un médecin a besoin pour lui-même de soins psychiatriques, le secret ne soit encore plus vite trahi.

Nous rappelons que pour faire des études épidémiologiques on a en rien besoin du nom des malades.

POUR CONCLURE : Nous souhaitons qu'aucune information psychiatrique ne soit marquée car c'est à titre nominatif et définitif, nous vous demandons quelle est la position du Conseil Départemental de l'Ordre sur ce problème éthique spécifique à notre discipline, que cette question soit débattue lors d'une séance du Conseil Départemental.

Jean-Louis RINCENT