Sommaire du BIPP n° 13 - Juin 1997

Chronique : Et maintenant... que vont-ils faire ? Gérard Bles

Trop de psychiatres - Gérard Bles

Lettre à B. Kouchner - Gérard Bles

Lettre à l'Ordre - Marie-Lise Lacas

Actualités professionnelles - Gérard Bles

Textes réglementaires - Gérard Bles

ANDEM - ANAES

Vie régionale

De l'information à la recherche - Marie-Lise Lacas

Chronique : et maintenant... que vont-ils faire ?

Gérard Bles

La santé a été remarquablement absente de la campagne électorale. Et pour cause sans doute. Alain Juppé n'a pas été attaqué sur son plan dont les pères spirituels furent René Teulade et, plus lointain, Claude Évin. La machinerie bureaucratique qui est censée assurer la maîtrise comptable des dépenses de santé est tout à fait compatible avec une conception dirigiste de la conduite des affaires humaines. Bref, la loi est la loi, n'est-ce-pas, et personne n'a évoqué sa remise en question, au contraire de la loi Debré.

Certes, Lionel Jospin est réputé honnête homme : il pourrait être sensible à l'aberration juridique que constituent les reversements en tant que sanction collective et donc aveugle, non discriminative entre "innocents" et "coupables". Mais Jean-Marie Spaeth et Nicole Notat donnent de la voix, et aussi Jean-Paul Davant, président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (réputée d'obédience socialiste), qui depuis des semaines tonne pour que soit mise en oeuvre la réforme, toute la réforme. Le Dr. Kouchner, "agréablement surpris par l'audace et la force de certaines propositions" de la dite réforme ("La dictature médicale", Laffont éd.) risque par ailleurs de n'être pas très sensible aux problèmes de l'exercice libéral de la médecine... Et si Martine Aubry a un faible pour la gratuité des soins primaires, tout le monde se trouve d'accord pour prôner le développement des filières , pour des raisons aussi dogmatiques qu'économiques.

Ce qui n'était hier qu'une perspective expérimentale sur laquelle il semblait que l'on traîne les pieds (M.G. France protestait) devient aujourd'hui un projet plausible, à court terme même (M.G. France applaudit...). Autour de quoi rôdent les rumeurs de tiers payant, de forfaitisation, que sais-je...

Filières et tiers payant ne bouleversent guère les spécialistes à plateau technique "lourd", dont c'était depuis fort longtemps devenu le mode de travail prévalent. Parmi les spécialistes dits "médicaux", gynécologues, ophtalmologistes et pédiatres avaient obtenu une dispense de filière (mais cela n'a pas, à ma connaissance, été formalisé dans un texte réglementaire - et toutes les remises en question sont envisageables). Quant aux psychiatres ? Nous dirons que cela n'a été ni oui, ni non, mais une fois de plus un silence confinant à la méconnaissance de notre rôle et de notre activité.

Méconnaissance ? L'afflux soudain de contrôles dans de nombreuses CPAM peut éventuellement indiquer un souci louable, et tardif, d'information, mais des esprits chagrins pourraient insinuer qu'ils sont justement, ces contrôles, l'occasion de confirmer la dite méconnaissance quand ils ne se marquent pas d'une hostilité pure et simple (reflétée dans les enquêtes rétroactives auprès des patients, beaucoup plus fréquentes que les demandes d'éclaircissement directes auprès du praticien).

Nous allons reprendre notre bâton de pèlerin. Expliquer et expliquer encore, démontrer que c'est avant tout l'intérêt de nos patients que nous défendons en recherchant la préservation de leur liberté d'accès au psychiatre comme de l'opératoire de notre intervention. Expliquer que l'enjeu se situe précisément au niveau de la santé publique. Mais bien évidemment, nous aurons du mal à éviter l'accusation de corporatisme, manière commode d'ignorer le problème. Tant pis : rien n'est pire que la passivité, sauf peut-être les concessions pièges quand elles portent sur un dispositif essentiel.

Le souci de la justice sociale ne s'assortit pas nécessairement de la pénétration des problèmes humains, surtout quand il est sous-tendu de conceptions dogmatiques... et budgétaires...

Il convient dans tous les cas de demeurer fortement mobilisés, avec passion mais sans agressivité. Et de ne manquer aucune occasion de développer en tous lieux notre argumentaire.

Plus que jamais, courage.

Gérard BLES

Trop de psychiatres

Gérard Bles

Cet intertitre du Quotidien du Médecin du 16 juin 1997 vise notre seule spécialité dans un article consacré à une étude démographique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en 1996. «La CNAM estime qu'il y a entre 9.300 et 17.500 médecins libéraux en excédent». 17.529 en fait (sommes-nous précis !) ou 9.330 si l'on tient compte du travail à temps partiel comme de la féminisation du corps médical - tout ceci déterminé à partir d'un chiffrage «optimal» des médecins par région et par discipline, le surnombre étant posé comme facteur prépondérant de la croissance des dépenses remboursées par l'assurance maladie.

A partir de quelles références, de quel bilan épidémiologique, de quelle étude des besoins ces affirmations sont -elles assénées ? On ne savait pas les planificateurs de la CNAM aussi affûtés dans leur maîtrise des pratiques et des pathologies (pourquoi alors est-il aussi impératif de coder à tout va - sous l'argument que justement ils ne maîtrisent pas ?).

Toujours est-il que le QM, lui, éprouve le besoin de pointer les seuls psychiatres (alors qu'il est question par ailleurs de l'ensemble des spécialités chirurgicales). Sommes-nous si coûteux, si superflus, si oiseux ? Ou serions-nous un bouc émissaire facile ?

Les solutions : le numerus clausus ou le non-conventionnement sélectif (selon les régions) ou encore la réorientation vers le secteur salarial. Nous pourrions leur suggérer aussi quelques déremboursements judicieux touchant par exemple à ce luxe dispendieux que l'on nomme parfois psychothérapies. Mais ils y pensent, les bougres, si on en juge par certains contrôles en cours ! Ce ne peut être que cela puisque la prescription psychotrope est assurée déjà à 80 % par les généralistes.

Je savais bien qu'ils avaient tout compris !

Gérard Bles

N.B. Petite annonce juste sous l'article en question : «Collecte des déchets médicaux». A méditer par ceux qui, il y longtemps déjà, se métaphorisaient en poubelles...

Lettre du SNPP au Dr B. Kouchner

Gérard Bles

Le 12 juin 1997

Monsieur le Secrétaire d'État et Cher Confrère,

Je ne doute pas que les organisations représentatives du corps médical, plutôt maltraitées ces deux dernières années, souhaitent toutes vous rencontrer pour vous faire part de leurs préoccupations les plus lancinantes.

J'aurais donc évité d'intervenir trop précocement, pour ne pas accroître le brouhaha, si le problème dont je souhaite vous entretenir n'avait un caractère d'urgence compte-tenu de ce que nous pouvons savoir des options déjà retenues par votre gouvernement, en l'occurrence celle des **filières**.

Vous n'êtes pas sans savoir que les psychiatres libéraux représentent un chaînon essentiel du dispositif de santé mentale : plus de 6000 aujourd'hui, ils sont majoritaires parmi les spécialistes de la psychiatrie et assurent dans ce champ une **fonction originale** à bien des égards :

- en ce qu'ils assurent une très grande partie des **soins ambulatoires**, réalisant ainsi un des objectifs majeurs de la politique de santé mentale de ces 40 dernières années;

- en ce qu'ils sont en situation d'intervenir **très précocement** au stade même des crises ou des conflits qui précèdent la constitution de pathologies déclarées, beaucoup plus coûteuses humainement et économiquement;

- en ce que, nonobstant leur nombre, ils pèsent remarquablement peu dans le budget des soins (moins de 1 % des dépenses de soins ambulatoires).

Leur capacité d'intervention et leur efficacité reposent cependant et notamment sur deux conditions majeures :

- la **libre détermination** de leurs patients dans l'accès aux soins constitue un facteur d'efficacité fondamental dans la

dynamique de cure, et ce d'autant plus que leur demande est précoce. Elle permet à ceux-ci de se constituer d'emblée comme acteurs de leurs soins et non plus comme simples "objets" médicaux, passifs et soumis;

- la **confidentialité de l'échange** autorise seule que le sujet s'expose au plus intime de lui même. Tout ce qui peut venir compromettre le secret de la rencontre, même fantasmatiquement, opère à l'encontre de l'implication recherchée.

Dans la pratique, il est remarquable de constater la fréquence avec laquelle les patients s'adressent au psychiatre hors des circuits médicaux classiques, à l'insu notamment de leur médecin de famille, voire de leurs proches familiaux. Et on peut comprendre, au regard de cette réalité, l'effet pervers que peut induire l'inscription "en filière", sans même tenir compte de l'incompréhension relative qui subsiste dans le monde médical, et pas seulement pour des questions de formation, à l'égard des problèmes psychiques et psychopathologiques.

En conséquence, nous estimons indispensable que la psychiatrie soit maintenue "hors filière" - pas plus qu'on ne saurait admettre que le patient soit pénalisé financièrement dès lors qu'il gère lui même sa propre demande.

De cette question comme d'autres aspects de la réforme (en particulier les futurs codages) nous aimerions nous entretenir avec vous. C'est pourquoi j'ai l'honneur de vous demander audience avant que toute décision malencontreuse, sinon irrémédiable, soit prise dans ce domaine particulièrement sensible.

Dr. G.BLES, Président du S.N.P.P.

Lettre au président d'un Conseil Départemental de l'Ordre

Marie-Lise Lacas

Je viens de signer, à titre individuel comme cela me l'est demandé, mon adhésion à la Convention.Un refus n'était pas envisageable en raison de ses conséquences pénalisantes tant pour mes patients que pour moi-même.

Mais je m'étonne du silence, pour ne pas dire de l'approbation, du Conseil de l'Ordre d'une convention qui traite la profession médicale avec autant de mépris et de suspicion et pose un contrôle comptable dans des conditions périlleuses pour le secret médical comme pour la qualité des soins. Jeter le discrédit sur l'ensemble des médecins par des pénalités globales, entre autres dispositions, ne peut que contribuer à une dégradation de la relation thérapeutique, donc à une dégradation morale et du côté des patients et du côté des praticiens. C'est un danger réel. Limiter quantitativement les prescriptions est sans doute salutaire dans certains cas, mais attenter à la liberté de prescrire par des interdits tatillons, et parfois absurdes, manifeste une ignorance désinvolte de l'approche clinique et l'acte thérapeutique.

Une boutade avait cours, qui disait que pour l'Assurance maladie le meilleur assuré était l'assuré mort, qui ne coûtait plus rien... après avoir cotisé ! Transformer le praticien en informaticien-comptable des dépenses de santé, l'assujettir à des vérifications de conformité, prévoir un contrôle (avec des «points» comme des notes à l'école ?) d'une FMC obligatoire et encadrée d'agréments officialisés, multiplier les contraintes administratives, vise à quoi ? La mort de la médecine ? On n'ira plus à un Congrès parce qu'il intéresse, mais en fonction des «points» que son agrément vaudra ?

Déjà une amie me faisait la remarque que son généraliste, lors des consultations, passait finalement plus de temps à mettre à jour son ordinateur qu'à l'examiner, et y multipliait les vérifications avant de rédiger son ordonnance... Encore n'en est-il pas à la prescription normalisée standard garantie sans risque de transgression, qui mettra en équations mathématiques diagnostics et traitements, dûment codifiés l'un et l'autre, et programmés sur ordinateur. Aux USA existe déjà la consultation sur ordinateur, donnant un diagnostic sur l'inventaire des symptômes : ce n'est pas une fiction, un fantasme. Ce qui l'est, c'est de s'acharner à défendre le maintien du lien humain au coeur d'une politique de Santé publique qui actuellement confond dangereusement «publique» et «statistique» en oubliant qu'il s'agit d'êtres humains, dont la vie, en effet, coûte plus cher que la mort.

J'ai signé, monsieur le Président, cette convention, effectivement la mort dans l'âme, avec un sentiment de contrainte d'autant plus dure que ma formation médicale et ma spécialité m'avaient, sous l'égide du serment d'Hippocrate, inculqué au plus haut niveau le respect de l'être humain. Qu'en restera-t-il demain pour les jeunes générations forcées de se conformer à des principes de rentabilité économique et de normalisation statistique ?

L'Ordre des Médecins a-t-il été fondé pour aligner le corps médical sur l'Ordre Public, au service d'une société, quel que soit son régime, démocratique ou non, ou pour défendre une éthique au risque, inévitable, de contrarier les diktats de cet «ordre public» ? Autrement dit, le «politiquement correct» va-t-il faire reléguer le Serment d'Hippocrate parmi les vieilles utopies ?

Depuis quelques temps la Presse se fait volontiers l'écho de propos diffamatoires sur les médecins, et soutient les réformes proposées comme si ces dernières devaient être assimilées à de justes sanctions. Apparemment, il ne semble pas que l'Ordre se soit beaucoup ému de ce dénigrement et de la détérioration conséquente de l'image de notre profession. Ce ne sont pas quelques rares et molles protestations de principe qui peuvent redonner confiance aux praticiens quant aux possibilités futures d'exercer leur profession non seulement scientifiquement mais aussi comme un Art

Marie-Lise LACAS

Note de la rédaction : Les seules révoltes significatives sont venues d'un certain nombre de Conseils départementaux - que le National s'est efforcé de faire rentrer dans le rang. Peut-être parce que les élus départementaux sont plus proches de la réalité des pratiques ?

Actualités professionnelles

Gérard Bles

LES RECOURS DU S.N.P.P.

* Le recours déposé devant le Conseil d'État contre l'**Ordonnance du 24 Avril 1996** relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a été rejeté le 30 avril 1997, le Conseil suivant pour l'essentiel les

conclusions du Commissaire du Gouvernement.

On en retiendra un certain nombre de considérants :

- L'instauration d'un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales ainsi que des RMO ne porte pas atteinte au libre exercice de la profession puisque **seuls les praticiens conventionnés sont visés par ces mesures...**

- Par ailleurs, le reversement d'honoraires en cas de dépassement de l'objectif ne constitue pas une sanction mais un **mécanisme d'ajustement des dépenses**.

- Enfin, les RMO ne sauraient violer le principe d'égalité puisqu'elles ne s'appliquent **qu'aux praticiens conventionnés.**

- Par contre l'instauration d'un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales *«implique toutefois que l'objectif soit fixé à un niveau compatible avec la couverture des besoins sanitaires de la population»*.

En somme, et si l'on comprend bien, il n'y a aucune atteinte à la loi ou à la Constitution dans la mesure où l'essentiel du dispositif des Ordonnances ne concerne **que** les médecins conventionnés, c'est-à-dire ceux des médecins qui sont liés de leur propre volonté par un contrat avec les Caisses d'Assurance-Maladie : qu'il s'agisse de 99,5 % des praticiens, qu'il s'agisse fondamentalement de l'intérêt général, cela n'a pas d'importance. Le seul «tort» que nous avons est d'être conventionnés. C.Q.F.D. Il est des cas où les subtilités du droit peuvent désarmer les pragmatiques que nous sommes bien obligés d'être. Le droit n'a pas à considérer les réalités que nous affrontons, en terme de besoins ou de modalités de travail.

Quant à démontrer l'incompatibilité du niveau de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses avec les besoins sanitaires, encore faudrait-il que l'on s'entende à définir les dits besoins, ni la demande, ni la souffrance n'étant sans doute des critères mesurables...

*** Le recours contre la représentativité de l'UCCSF** est opéré conjointement avec les autres syndicats de spécialistes (dans le cadre de l'U.ME.SPE), cet organisme ne représentant qu'une faible partie des spécialités - une représentativité acquise de surcroît au prix d'une «manipulation» (les chiffres retenus étant, pour ce seul syndicat, ceux de 95, ceux de 96 étant insuffisants !!).

*** Le recours contre les Conventions** est opéré, lui, en accord avec les différentes composantes de la C.S.M.F. Nous y reviendrons.

* Enfin, nous avons recueilli un nombre impressionnant de lettres de collègues, adhérents et non-adhérents, protestant contre la **contrainte qui a présidé à leur engagement conventionnel individuel**. Nous sommes en train d'étudier les conditions d'un recours, en accord notamment avec l'AME (Association Nationale pour l'Éthique de la Médecine Libérale).

Certains diront que la réalité du pouvoir étant ce qu'elle est, nous n'avons qu'à nous soumettre au lieu de «chicaner» - d'autres ou les mêmes, remarqueront que toute cette «agitation» coûte très cher... Nous nous obstinons malgré tout à penser que les protestations qui ne s'assortiraient d'aucun acte signant l'authenticité de notre contestation n'auraient en définitive aucune portée politique (au sens large) aussi bien au regard de nos interlocuteurs, dès lors qu'ils sont plus ou moins sourds, que de nos confrères et de l'ensemble des assurés.

L'UCCSF - toujours elle...

Le président de l'UCCSF, le Dr Winisdoerffer, a commis, dans le Quotidien du Médecin du 21.5.97, un «libelle» tout aussi injurieux que spécieux contre *«les profiteurs de la Sécurité sociale»* que sont, selon lui, les contestataires du plan Juppé, affichant son mépris pour tous ceux, généralistes, spécialistes, internes,

chefs, qui se sont mobilisés, au fil des mois et aux dépens de leur travail (et donc de leurs revenus) pour dénoncer l'insupportable d'une réforme et de sa mise en oeuvre par les conventions 97 : naïfs et profiteurs, par exemple la centaine de psychiatres qui ont manifesté le 13 avril sous la bannière du Syndicat National des Psychiatres Privés ? Nul ne nous a manipulés pour que nous refusions les atteintes aux libertés dans l'accès aux soins, les prescriptions, le droit au secret, l'indépendance professionnelle... Nous n'avons pas *"d'appareils à sous"* à défendre... Devrions-nous être désolés que notre intervention soignante ne se solde pas par cet "acte unique et sanglant" (une lobotomie peut-être ?) propre, selon Mr W., aux *"spécialistes performants et vertueux..."* ?

Certes, la représentativité polycatégorielle (généralistes et spécialistes réunis), garante jusqu'à présent d'un authentique contre-pouvoir professionnel (et non catégoriel), peut être source parfois de déséquilibres ou d'insuffisances d'arbitrage entre catégories. Mais, à ce compte, l'UCCSF est en principe tout autant polycatégorielle, car l'hétérogénéité des situations est surtout flagrante chez les spécialistes : il est vrai que cette "Union" a déjà simplifié le problème en rassemblant un nombre très limité de spécialités (...).

Et puis, Mr W. a du très mal lire la convention qu'il a pris sur lui de signer s'il trouve qu'elle va permettre de punir enfin les coupables de *"la traite de la Sécu"*, les *" faiseurs de K"* comme il les dénonce : on a parfaitement démontré depuis que dans ce cadre, on pourra être ici vertueux et sanctionné, là profiteur et impuni...

Mais nul n'est obligé d'être perspicace et expérimenté en matière de syndicalisme et d'affrontement à la bureaucratie. Chacun devrait s'exercer par contre à la rigueur de pensée et ne pas oublier qu'il est maladroit et dangereux de mépriser ses "adversaires", ne serait-ce que de vulgaires confrères...

Le QM n'a pas publié la réplique que nous lui avons adressée, en substance ce que vous venez de lire...

RISQUES MAJEURS

La Cour de cassation, dans une décision récente (25.02.97), met à la charge du médecin la preuve qu'il a informé son patient des risques que les soins lui font courir - s'agissant de risques «majeurs», même rares. Il pourrait s'agir d'obtenir, dans les cas les plus difficiles, une attestation écrite du patient sur cette information.

Dès lors qu'il peut s'agir de risques même rares, notre spécialité est tout à fait concernée - et pas seulement avec la sismothérapies, mais aussi, par exemple, le syndrome malin des neuroleptiques, voire les dyskinésies tardives et, pourquoi pas, certaines atteintes sanguines, immunitaires, avec tel ou tel anti-dépresseur - ou les problèmes liés au maniement du lithium.

Déjà les notices des produits suggéraient à nos patients le possible de catastrophes alors même qu'elles sont exceptionnelles : message bien reçu par les anxieux, les iatrophobes, voire les délirants. Nous risquons d'avoir à dramatiser encore plus demain. Pour ne pas dire que l'exercice médical, y compris psychiatrique, va se mettre de plus en plus à l'heure américaine...

Il y avait déjà les RMO, les AMM... Décidément, tout se complique...

DES CONTRÔLES... (suite, sans fin)

Puisque nous en étions aux A.M.M., parlons-en. L'autorisation de mise sur le marché d'un médicament s'accompagne d'une liste d'indications qui ne constituent pas une simple orientation mais sont désormais restrictives, au moins pour ce qui concerne le remboursement du produit. Vous avez cependant encore le droit de la prescrire hors indications AMM, mais vous devez alors porter la mention NR (non remboursable), pénalisant ainsi votre patient. Et si vous ne le faites pas, c'est vous qui serez pénalisé, comme cela vient d'arriver à l'un de nos collègues qui, à la suite d'un contrôle, a du rembourser à la Caisse la prestation «indue» reçue pas son patient.

Et vous ne voulez toujours pas d'ordinateur pour vous assister ?

S'INFORMATISER

Justement, à propos d'ordinateur, les projets paraissent avancer du côté de la CNAMTS, dans l'application de l'ordonnance du 24 avril. La Caisse propose, via le Fond de modernisation (FORMMEL), une participation au financement de l'équipement informatique du médecin (7.000 F) et du matériel de télétransmission pour l'utilisation de la carte Sésam-Vitale (2.000 F), subvention à obtenir dans le cadre d'un contrat avec votre CPAM à passer avant le 31.12.97 pour versement avant le 31.3.98. Mais il faut auparavant qu'un avenant conventionnel soit signé (en juillet ?), en cours de négociation.

Nous vous proposerons dans le prochain BIPP (septembre) un **dossier complet sur la question**. Mais vous pouvez dès à présent tenir compte de ces données dans vos prévisions d'équipement - un équipement auquel il sera difficile (mais pas impossible ?) d'échapper même pour les réfractaires à la «chose informatique». Et même si on a une conscience - un peu paranoïaque ? - que cette évolution ne fait que renforcer le maillage des contrôles...

Gérard Bles

Textes réglementaires

Gérard Bles

CIRCULAIRE CNAMTS DU 2/04/97

Pour application de l'arrêté du 28.01.97 modifiant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

VI PSYCHIATRIE - TITRE XIII - CHAPITRE II.

Le libellé du Titre XIII, Chapitre II : «Chimiothérapie intensive (cure de sommeil, cure dite dépressive, neuroleptique) réalisée en établissement, par jour, K 15» était manifestement inadapté à la pratique actuelle. En fait, cet acte codé K 15 correspond actuellement à la prise en charge initiale intensive des pathologies dans les cliniques psychiatriques. L'objectif recherché avec les représentants de la profession a donc été d'actualiser et de rationaliser la nomenclature des psychiatres exerçant en établissements privés, réglementés par l'Annexe XXIII du décret du 9 mars 1956.

Le libellé précité a donc été remplacé par un acte forfaitaire et spécifique coté CNPSY 0,8 par jour de prise en charge intensive.

L'acte tel qu'il est défini s'appliquera prioritairement à la période initiale de l'hospitalisation, pendant laquelle les soins et la prise en charge sont plus denses. Cette période est schématiquement de l'ordre de deux semaines, alors que la durée de séjour est, au plan national de l'ordre de six semaines. Une demande d'entente préalable doit donc être formulée lorsque la prise en charge intensive est prolongée au delà de quatorze jours.

Sur le plan clinique, le CNPSY 0;8 correspond à tout épisode de décompensation psychiatrique non stabilisé.

Il s'agit donc de situations cliniques évolutives. A titre d'exemple et pour marquer les grandes lignes des situations cliniques d'application de cet acte - cette liste étant forcément incomplète et non exhaustive - le CNSPY 0;8 peut s'appliquer dans :

- les réactions névrotiques aiguës (psychonévroses émotionnelles, traumatismes psychiques, etc.),

- les troubles de l'humeur (états dépressifs de tous types, accès de mélancolie et de manie),

- les psychoses délirantes aiguës,

- les psychoses pré- et post-puerpérales,

- les états confusionnels,

- les épilepsies,

- les décompensations des troubles de la personnalité (psychopathiques ou états-limites),

- les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie),

- les traitements des conduites addictives,

- les décompensations des névroses, des personnalités névrotiques et perverses,

- les décompensations des psychoses chroniques,

- les épisodes évolutifs des états démentiels,

- les épisodes évolutifs des processus organiques générateurs de troubles mentaux,

- les décompensations psychiques des pathologies organiques.

Le CNPSY 0,8 durant la période initiale n'inclut pas l'éventuelle CNPSY d'entrée, mais couvre tous les paramètres de la prise en charge initiale, marquée par la nécessité du changement d'environnement qui a dicté l'indication d'hospitalisation.

Le renouvellement éventuel du CNPSY 0,8 au delà de quatorze jours sera fonction de :

- la non stabilisation de l'épisode évolutif,

- la survenue d'un nouvel épisode de décompensation de type soit identique, soit différent de celui ayant motivé l'hospitalisation.

La demande de renouvellement précise la durée nécessaire à la réduction symptomatique de l'épisode, bien que cette estimation soit difficile.

Un accord a été conclu avec la profession pour revoir, au cours de l'année 1997, la nomenclature des actes utilisés en établissements psychiatriques privés.

Pour comprendre ce texte, il faut bien avoir présent à l'esprit que la modification de Nomenclature qu'il commente ne correspond pas de prime abord à une recherche d'un meilleur ajustement des cotations à la réalité des pratiques institutionnelles mais, concrètement, à la recherche d'économies «à tout prix» via, en l'occurrence, la suppression du K 15. C'est l'effort syndical qui a permis, dans un deuxième temps, de dévier de cette cible première pour obtenir un libellé reflétant mieux la complexité de principe du travail du psychiatre en établissement. Mais nos interlocuteurs de la Caisse ont gardé à l'esprit une «confusion» entre

acuité, période initiale d'hospitalisation, et complexité de l'acte. La rédaction de la circulaire d'application (qui nous a été soumise) reflète cette ambiguïté tout en ouvrant potentiellement par ailleurs à une acception plus large des situations visées en parlant de «situations cliniques évolutives», et en citant notamment les «décompensations» et «épisodes évolutifs» dans divers cadres nosologiques.

Tel quelle, cette circulaire offre potentiellement un élargissement pour l'application de la cotation de l'acte complexe, tout en maintenant la possibilité d'interprétations restrictives - ce que nous avons déjà observé à l'échelon du contrôle médical de certaines CPAM, qui propose de limiter l'application du CNPSY 0,8 aux situations «de crise», de «décompensation aiguë» et «d'urgence» afin d'en limiter l'utilisation dans le cadre des «pathologies chroniques lourdes» (ce qui ne va pas sans paradoxe quand on évalue la complexité du travail en établissement de psychothérapie institutionnelle).

Il faut bien comprendre que, du côté des Caisses, le risque est l'extension de l'application de la cotation, alors que du côté syndical, l'enjeu est d'ouvrir la Nomenclature en sorte qu'elle offre une meilleure adéquation à la réalité des pratiques.

De toute façon, nous sommes en situation «expérimentale», un bilan est prévu sur la nouvelle cotation d'ici la fin 97 - mais un bilan qui devrait porter malheureusement prioritairement sur les résultats économiques du changement de cotation et de libellé. A nous de faire valoir la dimension dynamique du problème - représentants syndicaux mais aussi (avant tout ?) praticiens de terrain auxquels il appartient de démontrer la validité du concept de complexité - ce qui implique parfois une certaine évolution des modalités d'intervention.

La révision «en profondeur» de la Nomenclature est prévue pour l'an 2000. Quelle sera d'ici là l'évolution des doctrines pour ce qui concerne notamment les prises en charge en clinique, avec en particulier la mise en oeuvre des PMSI ? Il est possible que nous soyons confrontés à une tentation de dissociation des systèmes de rémunération entre l'activité en établissement de soins et l'activité en cabinet de ville - dissociation à laquelle apparaît prête une partie des opérateurs institutionnels. Il importe de poursuivre sur ce sujet une réflexion très active, car c'est tout un pan de l'activité dite libérale du psychiatre qui pourrait se trouver ainsi remise en question.

Gérard Bles

LETTRE MINISTÉRIELLE DU 19/02/97

Précisant les modalités de coordination de l'équipe médicale et paramédicale mentionnée à l'article 11 de l'annexe XXIV relative aux conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants et adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptées.

(...) Mon attention a été appelée à plusieurs reprises sur le fait que dans certains établissements et services relevant de l'annexe XXIV précitée, la qualification du médecin chargé de coordonner l'équipe mentionnée en objet n'était pas toujours adaptée aux caractéristiques dominantes des enfants et adolescents accueillis et notamment à la nature des handicaps résultant d'une déficience intellectuelle ou d'une inadaptation.

Dans le respect de la responsabilité générale du directeur de l'établissement mentionné à l'article 10 de ladite annexe XXIV, l'article 11 précise notamment que l'équipe médicale comprend d'une part un psychiatre,

d’autre part un pédiatre ou, en lieu et place de ce dernier, un médecin généraliste «selon l’âge des personnes accueillies et en fonction des besoins de l’établissement».

Dans ce même article 11 il est également précisé que *«sous la responsabilité de l’un de ces médecins, l’équipe médicale et paramédicale :*

- veille à la mise en oeuvre et à l’adaptation du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents;

- assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille;

- assure, en coordination avec le directeur ainsi qu’avec le médecin du travail, la surveillance générale de l’établissement en ce qui concerne l’hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l’hygiène des locaux».

En application de ces dispositions, il importe que le médecin responsable de l’équipe médicale et paramédicale détienne la qualification requise au regard de la nature et de l’importance des déficiences rencontrées principalement dans chaque établissement.

En conséquence je vous demande de bien vouloir veiller au respect du principe suivant dans toute la mesure du possible: lorsque les enfants et adolescents majoritairement accueillis dans l’institution relèvent de la section I du chapitre Ier (au titre des difficultés du comportement) ou de la section I du chapitre II (déficiences du psychisme) du guide-barême mentionné en référence, le médecin coordinateur doit être un psychiatre ayant acquis une formation ou une expérience professionnelle dans le domaine de l’enfance et de l’adolescence.

ANDEM-ANAES. Secret confidentiel

Martine Burdet-Dubuc

Ayant été sollicitée par l’ANDEM, devenue depuis l’ANAES (Agence nationale pour l’accréditation et l’évaluation en Santé) j’ai participé à une commission chargée des «indications de l’orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l’enfant». A propos de ce travail (une journée entière et deux demi-journées) dont je ne trahirai pas le secret puisqu’il n’est pas achevé, je voulais vous livrer quelques réflexions notamment sur le cadre qui m’a interpellé.

Cette agence «Association à but non lucratif» créée à la demande du gouvernement et dont les membres du Conseil d’Administration sont nommés par le Ministre de la Santé serait-elle en fait capable d’être «indépendante» comme le prétend le Pr. Y. Matillon, son directeur ? (Compétences médicales n° 19, 6/03/97)

Analyse sémantique oblige, Y. Matillon nous informe que *«nous avons tous besoin de repères»*. Certes, et dans la suite de l’article il précise que l’analyse de la documentation et son évaluation seront faites suivant une méthodologie qui est propre à l’ANDEM - ANAES.

Je vais donc tenter de vous traduire celle-ci d’après les documents qui m’ont été remis. Notons déjà ce propos introductif à nos travaux : *«Il faut des idées simples pour qu’elles puissent être diffusées»*.

Sur cette documentation méthodologique, deux colonnes sur chaque page établissent le parallèle entre la commande (de l’État, des Caisses, etc.) et de l’autre côté les réalisations ANDEM - ANAES. Par exemple, les RMO (références médicales opposables) sont une commande du ministère qui ont donné dans l’autre colonne la réalisation ANDEM des «références médicales» - mais celles-ci ont été finalement rédigées par le

Comité Médical Paritaire National ! On voit là le découpage du travail à l'oeuvre.

C'est toujours d'ailleurs dans le concept de découpage que s'inscrit cette méthodologie à l'image des 2 colonnes dans la page !

Dans la colonne sélection des articles on voit encore se dédoubler l'argument avec d'un côté utile et intéressant : oui - et de l'autre non, à rejeter !

Pour un autre chapitre il s'agit de différencier faits et opinions... Comme si les faits observés n'étaient pas liés à l'opinion préalablement posée. Il me semble pourtant qu'on ne peut trouver que ce qu'on cherche ! Les bons critères de jugement on le comprend par les tableaux, sont d'abord *«les grands essais comparatifs randomisés»*, ensuite, par ordre décroissant, *«les petits essais comparatifs randomisés»* et finalement ceux qui ne sont pas randomisés.

Quant aux opinions avec l' «accord professionnel fort» et les «opinions experts» elles sont soumises aux points d'interrogation. On peut lire dans ces signes (et ponctuations) la métaphore de ce qui se joue là comme légitimation de la science pure. Mais c'est une interprétation puisqu'il n'existe pas de phrases.

Ce travail, pour conclure, est très inquiétant car il présente une image de la décision médicale comme pour une partie d'échec par la somme des résultats possibles divisée par des facteurs qui n'ont pas de hiérarchie théorique.

Je suis dans l'incapacité de vous donner des chiffres exacts quant à la composition de cette agence, les documents en ma possession étant contradictoires. J'aurai l'occasion d'y revenir, en proposant un organigramme de l'agence.

Martine BURDET-DUBUC

Vie régionale

Région LANGUEDOC-ROUSSILLON

Quelles formations pour les psychiatres privés de la région Languedoc-Roussillon ?

La délégation régionale de l'A.F.P.E.P. en Languedoc-Roussillon a mis en place le 20 mai 1997 à Montpellier et en présence de près de 70 confrères venus des 5 départements de la région ce qu'elle avait annoncé précédemment, à savoir une instance regroupant l'ensemble des associations de formation continue dans le champ de la psychiatrie privée et intitulée **Association Fédérative des Psychiatres d'Exercice Privé du Languedoc-Roussillon, A.F.P.E.P. - LR,** association loi 1901 paru au J.O. du 3 mai 1997.

Au cours de cette réunion, les membres du bureau exécutif, les docteurs Paul Lacaze, président, Hervé Granier, secrétaire général et Jean-Michel Méric, trésorier, avec la contribution de leur invité le docteur André Coste, président du Conseil Régional et membre du Conseil National de FMC, rappellent les enjeux de la formation continue obligatoire et conventionnelle.

L'A.F.P.E.P. - LR regroupe les adhésions de 15 associations de FMC réparties en 3 collèges :

- cliniques psychiatriques privées,

- institutions sanitaires et médico-sociales associatives,

- associations de FMC indépendantes (y compris les nationales telles que l'A.F.P.E.P. et l'A.F.P.).

L'ensemble des présidents de ces associations adhérentes composent le Conseil d'Administration de l'A.F.P.E.P. - LR. Ce Conseil d'Administration élira le Conseil Scientifique chargé, entre autres missions, d'étudier les dossiers de demande d'accréditation des formations puis de désigner les experts auprès du Conseil Régional de FMC.

Le but de l'A.F.P.E.P. - LR est de servir d'interface entre, d'un côté, les associations de FMC du champ de la psychiatrie privée régionale et, de l'autre, le Conseil Régional de FMC où les psychiatres ne sont pas représentés.

Ainsi on peut espérer renforcer les chances d'agrément, accréditation, validation des programmes de FMC proposés par chaque association de la région et conserver au maximum la maîtrise de notre formation continue dans le champ étendu de notre spécialité.

Si l'adhésion de nos confrères à notre initiative a été massive, le débat n'a pas manqué de susciter de farouches oppositions à l'organisation conventionnelle de la FMC obligatoire. L'avenir nous dira si nous avons eu raison ou non d'occuper ce terrain si convoité.

Le premier Conseil d'Administration de l'A.F.P.E.P. - LR se tiendra fin septembre 97 sur convocation statutaire.

Paul LACAZE

PAYS DE LOIRE - L'APsyL

L'association des psychiatres ligériens (bord de Loire) est née le 6 mai 1997, composée de membres d'origines diverses, d'orientations différente, syndiqués ou non syndiqués. Sa plate-forme est la suivante :

1° promouvoir une FMC diversifiée et des échanges de savoir et de pratiques entre les psychiatres de la région.

2° assurer la représentation de ses membres auprès des instances administratives régulatrices de l'activité de la profession.

Le bureau de l'APsyL est composé comme suit : président : J-P. Panserrieu (Angers), vice-président : E. Dumas-Primbault (Angers), secrétaire : B. Gallet (Cholet), secrétaire-adjoint : J. Guegan (Angers), trésorier : P. Pancher (Angers), trésorier-adjoint : Ph. Henry (Angers).

La première réunion de F.M.C. a eu lieu le mardi 6 mai à 20 h 30 sur le thème des psychothérapies. Sur ce sujet sont intervenus : J-P.Panserrieu (Psychothérapies et dépression: Existe-t-il un complot anglo-saxon ?), P.Pancher (Place du psychiatre dans l'institution médico-sociale), B. Gallet (Brève approche de l'hypnose Ericksonienne), E. Dumas-Primbault (Intersection psychanalytique et santé publique... ensemble vide ?).

L'association a déposé ses statuts le 20 mai (Ass N° 11537 Préfecture de Maine et Loire), la parution au Journal Officiel est effective depuis le 7 juin 1997. La demande de déclaration préalable d'un organisme de formation est actuellement en cours. Nous envisageons de nous fédérer avec les collègues d'autres

départements (Sarthe, Mayenne, Indre et Loire) afin d'avoir plus de poids auprès de CRFMC tout d'abord, puis par nos représentants au CNFMC.

Nous sommes convaincus que seule une représentation importante et solidaire, quelles que soient nos orientations théoriques, cliniques, syndicales ou autres, nous permettra de maîtriser autant que faire se peut notre existence professionnelle future. Nous allons demander à nos différents syndicats de nous associer aux structures déjà existantes (collèges régionaux par exemple SNPP et SPF, nous pouvons nous associer aux deux) afin de proposer mais aussi d'accomplir des actions de FMC validantes.

J-P. P.

Une coordination des associations de FMC de Paris ILE-DE-FRANCE

«Il y a ainsi incomparablement plus d'hypocrites de la civilisation que d'hommes authentiquement civilisés...» Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. S. Freud (1915).

Est-ce toujours actuel ?

Après la lecture du rapport du Haut Comité de la Santé Publique (Journées d'études 96), nous nous sommes réunis à quelques uns pour répondre à la mission de soins définie par ce rapport. Notre initiative nous a permis de ranger ces travaux préparatifs sous la rubrique **«Prévention en psychiatrie»**. Étant entendu que nos consultations étaient d'abord des soins réalisés en fonction des demandes, la mission de prévention ne pouvait se concevoir que comme acte complémentaire. Nous est apparu aussi que la relation médecin-malade pouvait être ce complément.

Nous nous sommes donc ainsi décidés à développer notre FMC autour de la relation médecin-malade pour nous permettre également de palier les besoins de santé publique en matière de prévention

I - 6 Associations sont déjà susceptibles d'apporter leur savoir-faire pratique et théorique, sur Paris, le Val-de-Marne, la Seine-Saint-Denis, les Yvelines et le Val-d'Oise, la coordination étant ouverte à toute autre désireuse de participer à notre travail.

Les buts : se former et s'informer, élargir la compréhension d'un problème de santé publique, prendre en compte les intermédiaires (le pharmacien, le kinésithérapeute, etc...)

II - Points d'étape de l'organisation

- réunions loco-régionales et interdisciplinaires organisées par chaque association.

- assemblée générale de coordination régionale pour lancer une opération thématique - **la prévention du suicide** a été choisie pour cette année.

- thème exploité sur 5 séances, chaque association remettra les synthèses de son travail lors de la réunion régionale.

III - Points formels des rencontres

A travers : l'identité des demandeurs qui sont écoutés pour des causes diverses, - l'objet de la demande et sa réalité clinique, - l'évaluation du décalage entre concepts théoriques et pratique thérapeutique.

Par la dynamique de nos échanges transférentiels nous pouvons **dégager des valeurs** (notion de normativité) **différentes des intérêts** (notion de caractère fonctionnel).

En effet le développement actuel des techniques amène au repérage fonctionnel des diagnostics et de leurs traitements (codage des actes et des pathologies). Il doit s'accompagner d'un découpage par des nomenclatures faisant apparaître le coût des maladies. Cette administration de la médecine risque de dominer notre horizon professionnel pendant quelques années. Cependant cet ordre nouveau ne pourra pas prétendre nous permettre de mieux comprendre les malades et les maladies.

Aussi notre effort pour que notre pratique s'améliore sans être aliénée aux intérêts fonctionnels de l'économie doit nous amener à cultiver notre capacité critique afin d'exercer notre libre arbitre. N'est-il pas le seul garant de notre identité soignante ?

C'est par cette compréhension de chacun et à travers l'énonciation de son libre arbitre qu'il sera loisible de recentrer les soins sur une référence commune, une légitimité. Nous espérerons ainsi socialiser la technique au lieu de laisser techniciser la relation soignante comme on peut le craindre.

Une Assemblée Générale est prévue en septembre pour mettre au point les dates et le déroulement des travaux de notre coordination.

Président de la Coordination : Guy Gozlan, Secrétaire générale Martine Burdet -Dubuc, Trésorier Dominique Delmas.

Siège social : Dr Guy Gozlan, 5 route de Bondy 93600 Aulnay sous Bois.

Martine BURDET-DUBUC

De l'information à la recherche

Marie-Lise Lacas

On nous promet monts et merveilles : Internet, la communication et l'information la plus étendue et la plus facile, à volonté. Ça va être formidable, toute cette possibilité offerte au travail... Seulement on oublie peut-être que l'érudition et l'accumulation des connaissances, des relations, n'est pas forcément un progrès pour l'intelligence. L'intelligence n'est pas en corrélation directe avec le savoir technique. Les grands penseurs, les grands psychiatres qui nous ont précédés et formés, qui ont fait de la psychiatrie ce qu'elle est aujourd'hui pour nous, n'ont pas eu besoin d'Internet pour **penser**.

Car l'acte de penser et au coeur, est l'essentiel de la pratique psychiatrique. Et l'inflation de l'information peut aussi jouer comme inhibiteur de la pensée, créer des mirages, des leurres. Ce ne sont pas les évaluations qui font le mieux penser . La vie même de la psychiatrie, sa vocation de penser, sont en jeu, et en péril si on néglige ce versant d'une soi-disant recherche.

Ce qui se passe actuellement autour de nous est un phénomène de société. Nous sommes dans un monde où l'on vit dans les chiffres, le chiffrable, le comptable. Nous n'en sommes pas au stade des Américains : ouvrez une revue, tout passe par des chiffres, par des dollars; pas un événement, un spectacle, un homme n'est traité dans la presse sans passer par des évaluations chiffrées, et le plus souvent en dollars. Cela nous guette. La pression sociale et politique est aussi une pression financière... Peut être qu'en créant, dans l'enthousiasme social, les services de la Sécu, on a enclenché, sans le savoir, le mécanisme qui nous mène là où nous en sommes, de ces exigences comptables et numériques.

Certes, il est utile de savoir et d'évaluer ce que nous faisons, et d'en tirer des enseignements. Mais le vrai moteur de cette recherche est-il le bien, la vraie recherche d'un progrès **pour** la psychiatrie ? La psychiatrie a-t-elle besoin de statistiques pour avancer, ou de réflexion, renouvelant l'abord de nos impasses et de nos difficultés ?

Et un danger se profile, celui de l'utilisation de ces banques de données que nous allons constituer, encore une fois davantage sous la pression sociale que par souci de progrès professionnel. Des moyennes... qui deviendraient des normes ? en quelles mains ?

Il y a là de notre part un engagement sur une voie dont les attraits ne peuvent nous dispenser d'une réflexion - urgente - sur la portée éthique. Il n'y a pas d'illusion à se faire : c'est une évolution inéluctable de notre monde et qui ne concerne pas que la psychiatrie.

Mais justement, parce que nous, psychiatres, sommes par vocation et par métier dans cette confrontation particulière à l'humain et à cette dimension particulière de la douleur morale, nous sommes les mieux placés, et en devoir de le faire, pour défendre des valeurs éthiques qui échappent, Dieu merci, à toute comptabilité.

Il ne s'agit pas de s'opposer à la recherche, ni aux évaluations - ce serait utopique - mais de poursuivre et de proclamer inlassablement notre exigence éthique de sauvegarde du sujet.

Marie-Lise LACAS