

Sommaire du BIPP n° 15 - Janvier 1998

Chronique : aube ou crépuscule ? Gérard Bles

Dossier télétransmission

- **A propos du contrat de financement - Gérard Bles**
- **A prendre ou à laisser - Alain Richard**

Cris et chuchotements :

- **Lettre à une directrice de CPAM - Jean-Charles Luizard**
- **Que peut-on acheter avec 9 000 F ? Pierre Fichet**
- **Ne dramatisons pas... Etienne Roueff**
- **Ça prend la tête - Martine Burdet-Dubuc**

Prises de position

Lettre aux adhérents du SNPP

Réflexions autour de l'Assemblée Générale du 19 octobre 1997 - Jean-Jacques Laboutière

Déclaration du 19 octobre 1997

FMC : à propos de l'interformation comme moyen de formation - Jean-Claude Montigny

Chronique : aube ou crépuscule ?

Le commun peuple - nous compris - a droit, ces jours-ci, à une authentique campagne de pub sur la "révolution" qu'introduit le système du médecin référent, avec, comme "prime à l'achat" (i.e. l'abonnement du patient), la promesse du tiers payant intégral grâce à l'accord conclu entre R. Bouton (MG. France) et J.P. Davant (Mutualité française - qui s'assure au passage un flux d'adhésions garanti), permettant ainsi à une France "retardataire" de rejoindre le peloton des nations européennes "évoluées" pour lesquelles cet usage est bien établi. Qui pourrait résister à cette fascinante possibilité puisque pour le patient - et pour l'instant - il n'est aucun engagement particulier, aucune interdiction d'aller voir ce qui se passe ailleurs (hors tiers payant...). Et que, du côté du généraliste, s'instaurerait face à la concurrence une garantie de clientèle (avec publicité nominale) entraînant mathématiquement le ralliement d'une partie des réfractaires, au moins en zone "surmédicalisée".

Peut-on croire à la naïveté des promoteurs d'une formule qui, il y a encore peu, était considérée comme inflationniste en actes et proscrite par les Caisses, naïfs au point d'être convaincus qu'aujourd'hui elle sera source d'économies ? Il faut leur prêter quand même quelque habileté et des perspectives à plus long terme. La CPAM de Gironde (QM 1.12.97) a peut-être vendu la mèche en parlant elle-même de "révolution" et de "passage à un système de capitation qui nécessitera des objectifs de santé". C'est bien, à côté du libre accès, le paiement à l'acte (dénoncé, lui, comme inflationniste) qui est en cible - un paiement à l'acte qui, pour nous, est loin d'être la panacée et peut s'avérer même passablement inconfortable, mais qui constitue néanmoins l'un des garants de l'indépendance du praticien - car c'est bien elle qui apparaît visée de plus en plus, à travers à la fois des obligations de résultats (économiques avant tout) et des impératifs de procédure (RMO, génériques, etc...).

Sur ce paiement à l'acte, les psychiatres psychothérapeutes que nous sommes le plus souvent auraient de surcroît des arguments d'ordre théorique à avancer, mais une fois de plus nous allons déranger en agitant l'exception psychiatrique - que l'on risque de vouloir simplifier en nous renvoyant à l'Europe (la psychiatrie libérale y est réduite sinon absente), aux psychologues (non remboursés) ou même à la nature de la demande (de confort...).

L'informatisation du praticien, ce nouveau credo, cette fureur pourrait-on dire (du dernier galant sussureraient nos précieux), dont tout le monde paraît s'accorder à croire qu'elle va résoudre toutes nos difficultés contemporaines, non seulement de coûts et de gestion mais même et y compris d'art et de savoir (de l'aide au diagnostic à l'aide à la prescription en passant par la tenue du dossier médical) risque de se révéler (pas trop vite, car les cafouillages ne manquent pas pour l'instant - mais à court terme quand même) un remarquable instrument de contrôle : panoptikon moderne, elle autorise virtuellement toutes les surveillances certes, mais, et peut-être plus profondément, elle va transformer conceptualisation, modes de pensée et texture de la relation soignante - voire l'éthique soignante elle-même. Si l'on nous passe le jeu de mots, nous allons passer de l'internalisation à l'internetisation de la loi...

Là encore, psychiatres, qu'avons-nous à en faire, diriez-vous... Quelques uns nous ont même vivement reproché de ne pas nous insurger plus résolument contre le processus. Cependant, le quotidien nous démontre que nos structures les plus distinguées sont les premières à s'engouffrer dans le monde informatique, le mail, le web, le net, et que bientôt, si l'on veut encore exister sur le mode institutionnel tout autant que demeurer opératoire, il n'y aura pas d'autre issue... A ce compte, peut-on croire que, praticiens, nous résisterons longtemps ?

Au regard de ces enrégimentements, on vient d'assister paradoxalement à un sursaut hyperlibéral en portant à la tête de la CARMF le Dr. Maudru, apôtre du "chacun pour soi" et finie la solidarité des générations en matière de retraites ! On peut comprendre, certes, que le poids grandissant des prélèvements sociaux

asphyxie les "actifs" et que cela les sensibilisent aux sirènes de l'individualisme - une chanson dont on retrouve les échos dans les attaques contre le système de protection sociale - et qui nous confronte à nos propres contradictions de praticiens privés dits libéraux.

Que veut dire "libéral" pour nous ? Le jeu du marché, la règle du profit, la loi du plus fort ? Ou une certaine conception de l'indépendance professionnelle, de la responsabilité individuelle, de la liberté d'entreprendre et de travailler - qui ne devrait pas être incompatible avec un fonctionnement social solidaire, serait-ce au prix d'une régulation librement consentie et négociée, qui resterait ordonnée à l'intérêt des patients ?

Sommes-nous au déclin, au crépuscule de cette idée-là du libéralisme médical - peut-être devrions-nous dire, pour écarter toute équivoque, de l'indépendance responsable du médecin - au profit de son encadrement, praticien canalisé, dirigé, orienté, surveillé pas à pas par une espèce de holter informatique, aube d'une nouvelle médecine enfin dégagée des aléas de la subjectivité ?

Aube ou crépuscule ? Un clair-obscur en vérité, pour l'instant... Vais-je devoir, comme Diogène allumer ma sourde lanterne à la quête du dernier médecin, perdu au sein de cohortes statistiques doublement aveugles et soigneusement randomisées (sans mauvais esprit) ?

J'écrivais tout cela début décembre. Vous le lirez en janvier : le changement de millésime ne nous aura pas apporté de divine surprise. Les rois mages sont restés chez eux. Il n'en convient pas moins, au seuil de l'année 1998, de redire toute notre résolution, notre passion, à promouvoir un exercice libre et indépendant de la psychiatrie au service de nos patients. C'est à eux comme à vous que s'adressent aujourd'hui nos vœux les plus cordiaux.

Gérard BLES

A propos du contrat de financement

Gérard Bles

Les praticiens ont reçu, il y a quelques jours ou quelques semaines, un contrat déjà signé par les directeurs de Caisses Primaires et dont ils n'avaient évidemment pas à discuter les termes. Les polémiques se sont rapidement développées autour de cet engagement, du fait de la grande majorité des syndicats ou plus récemment de l'Ordre, mais tout autant du fait des praticiens eux-mêmes, et notamment de nos adhérents. La discussion a pu paraître complexe et confuse à beaucoup d'entre vous, puisque s'y entrecroisent plusieurs mises en question : le fameux contrat, le principe de la télétransmission des feuilles de soins elles-mêmes avec, en arrière plan, la mise en circulation de la carte Sesam-Vitale II avec son volet médical et les codifications qu'il peut impliquer - voire en dernier ressort la place de l'informatique elle-même dans la pratique médicale, et plus particulièrement psychiatrique, d'aujourd'hui et de demain. Débat à plusieurs niveaux donc, dont les protagonistes n'ont pas tous les mêmes cibles en ligne de mire, qui cherchant des armes politiques, qui se préoccupant prioritairement d'éthique, qui en encore se souciant « simplement » de bonne gestion, bien légitimement celle de son propre cabinet ou encore, dans une implication civique et sociale louable, celle de l'Assurance Maladie elle-même.

Dans ces conditions, il nous est apparu nécessaire de procéder à un effort de sériation et de clarification des problèmes afin de permettre à chacun de se déterminer à bon escient.

1 - L'informatique, comme instrument de travail et de communication, représente une évolution **technique** et **culturelle** incontournable, en tout cas pour les jeunes générations. On n'a pas à être pour ou contre dans son principe : cela serait vain. On peut par contre s'interroger sur la place qu'elle pourrait tenir dans le travail du psychiatre. Une chose est le traitement de texte, l'É-mail, la documentation, la recherche, notamment en épidémiologie, une autre l'utilisation qu'en peuvent avoir déjà nombre de médecins comme instrument de saisie du dossier médical et d'exploitation de logiciels comme l'aide au diagnostic ou l'aide à la prescription. Il paraît mal concevable à beaucoup d'entre nous que l'ordinateur vienne physiquement (et fantasmatiquement) s'interposer entre le patient et le thérapeute. Mais il s'agit là d'une forme d'exploitation particulière qui n'implique pas la récusation de l'instrument en tant que tel.

2 - La télétransmission ouvre déjà à beaucoup plus d'interrogations, surtout dans ses potentialités d'évolution. Alain Richard vous en propose plus loin une analyse «politique». Sera-t-elle à terme inéluctable et imposée ? Il s'agit en fait d'une obligation conventionnelle (article V) à partir du moment où Sesam-Vitale sera opérationnel depuis plus de 9 mois - mais sans obligation d'un taux minimal de transmission, alors que le même article V prévoit une participation financière des Caisses aux frais engagés. Restant à savoir si l'obligation de télétransmettre s'appliquera non seulement aux documents comptables (feuille de soins) ou également, avec Sesam-Vitale II, à la communication d'informations médicales «codées» - ce que, psychiatres, nous récusons, et à l'égard de quoi nous entendons obtenir une «exception» ? Nous n'avons pas le pouvoir de bloquer des évolutions techniques imposées par les tutelles. Nous avons le devoir de soutenir l'intérêt de nos patients, c'est-à-dire, en particulier, leur droit à une confidentialité absolue.

Il convient donc d'obtenir, pour ce qui concerne la psychiatrie, non tant des assurances verbales aussi lénifiantes soient-elles, que des garanties écrites quant à la préservation du secret dont le cryptage des informations, même sophistiqué, ne peut tenir lieu.

3 - Le contrat dit d'accompagnement à l'informatisation pose une série de problèmes en soi, indépendamment de ses objectifs, la télétransmission et, rapidement, l'exploitation de Sesam-Vitale II.

Ce contrat instaure en effet une série de contraintes unilatérales, dont le non-respect entraînera l'obligation de reverser la subvention de 9000 francs proposée. Brièvement, il s'agit :

- de se doter bien évidemment de **l'équipement** nécessaire à télétransmettre, y compris les logiciels labellisés appropriés, équipement énuméré dans le contrat et d'un coût largement supérieur à la subvention;
- **de télétransmettre 90 % des flux de facturation** dans un délai de 9 mois après la mise en place de Sesam-Vitale dans la région considérée;
- de souscrire un **contrat de maintenance et d'assistance garantissant toute rupture de télétransmission supérieure à 2 jours ouvrés**, contrat d'un coût mensuel nécessairement élevé (même s'il n'est pas supérieur à 700 francs comme celui de MG. France);
- de suivre une **formation spécifique** agréée (et payante...).

Toutes ces obligations sont liées à l'obtention de la subvention et non au principe de la télétransmission elle-même. Or, ni l'article V de la Convention, ni l'avenant conventionnel de juillet 1997 ne lient cette subvention à la réalisation d'un taux minimal (90 % !) de télétransmission. Le taux (et l'obligation d'un contrat de maintenance très lourd) résulte du seul contrat actuellement proposé.

La subvention, quant à elle, s'inscrira dans les recettes professionnelles et comme telle s'avère passible de charges et d'impôts (sans qu'il y ait par ailleurs rétrocession de ces charges si elle doit être remboursée). A titre d'illustration, l'un de nos adhérents, Jean-Charles Luizard, s'est livré à une méditation comptable que vous pourrez lire plus loin. Même si l'on peut ergoter sur la validité de tel ou tel aspect de son raisonnement, cette contribution (même considérée comme récupération du prélèvement exceptionnel de 96) est sensiblement moins «avantageuse» qu'il n'y paraît, compte tenu des obligations qu'elle engendre. Et même si l'on tient compte des déclarations «rassurantes»... et séductrices de tel ou tel directeur de CPAM, un contrat est un contrat, tôt ou tard opposable, alors que le plus grand nombre d'organisations professionnelles, à commencer par l'Ordre, s'accordent à le reconnaître comme «déséquilibré», «léonin», susceptible de «porter atteinte à l'indépendance du médecin»... Ces mêmes organisations en recommandent soit le refus pur et simple, soit à tout le moins une temporisation pour sa signature, le délai d'adhésion paraissant devoir être reporté, ce qui autoriserait d'éventuelles négociations sur sa teneur.

Dans tous les cas, il apparaît, en droit, que la subvention est exigible (hors contrat) dès lors que l'obligation conventionnelle de télétransmission est réalisée. Restant aux organisations syndicales à faire respecter ce droit.

Le S.N.P.P. quant à lui, a diffusé le 11 décembre une lettre à ses adhérents dont vous retrouverez la teneur essentielle en fin de dossier.

Encore une fois, nous y insistons, il convient de réfléchir sur chacun des trois niveaux du problème de façon distincte même si, bien évidemment, ils sont corrélables entre eux. Et ne pas hésiter à nous faire connaître votre position personnelle afin d'enrichir la discussion...

Gérard BLES

A prendre ou à laisser

Alain Richard

Nous avons tous reçu un contrat émanant des Caisses d'Assurance Maladie qui nous propose le versement de la somme de 9000 Francs en échange de notre engagement individuel de télétransmettre les feuilles de soins. Cette proposition ne peut que laisser perplexe. C'est pourquoi je me propose d'explicitier certains termes du contrat, et d'évoquer les implicites, sinon les inconnues, auxquels notre décision pourrait nous engager.

La demande initiale de l'Assurance Maladie : la F.S.E.

La CNAMTS réfléchit depuis plus de 15 ans à remplacer le système des feuilles de soins papier qui sont remplies par le médecin puis par l'assuré et adressées par ce dernier à l'agent liquidateur de la Caisse. Ce système est jugé trop coûteux en personnel dont la tâche devient impossible par l'accroissement du nombre des feuilles liquidées par an : 500 millions en 1980, plus d'un milliard aujourd'hui. De plus les erreurs sont possibles avec l'écriture et la saisie manuelle. La télétransmission ou F.S.E. (Feuille de Soins Électronique), c'est-à-dire la saisie puis la transmission électronique par le praticien associées à l'informatisation de la liquidation par les Caisses répond à ces exigences de sécurisation et de productivité. C'est un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie.

Les Caisses nous proposent aujourd'hui, par ce contrat, 7000 Francs d'aide à l'acquisition ultérieure de l'équipement nécessaire à la F.S.E. Cet équipement reste à la charge du praticien et comprendra, quand la

carte Sesam-Vitale sera distribuée, le lecteur de carte bi fente (la carte Sesam-Vitale du patient et la Carte Professionnel de Santé (C.P.S.) du médecin) un logiciel de télétransmission agréé, un modem et le système informatique adéquat. Celui qui souhaiterait uniquement satisfaire à l'obligation de la télétransmission pourra acquérir un système intégré même si le prix de ce dernier ne se révélait pas moins élevé que celui d'un ordinateur classique permettant d'autres tâches. Cette somme est complétée de 2000 Francs qui nous sont proposés comme aide aux frais de transmission et de maintenance, et ceci pour la durée de la Convention.

Je laisse à chacun le soin d'apprécier la valeur financière réelle de l'offre qui nous est faite, surtout si l'on se souvient que les 7000 Francs proviennent du Formmel, le Fonds de Modernisation de la Médecine, alimenté par les pénalités que nous avons payées au titre du plan Juppé. Cependant, je souligne que la seule F.S.E. ne constitue pas un bouleversement de notre pratique et qu'elle permet de maintenir le paiement direct à l'acte. En effet, en cas d'échec de la F.S.E., l'autre système envisagé par les Caisses pourrait être le tiers payant. Le projet monétique, parade syndicale proposée contre le tiers payant et la F.S.E., permet certes le maintien du paiement à l'acte, mais a l'inconvénient d'organiser les flux financiers comme dans le tiers payant en substituant les banques à l'Assurance Maladie. Il m'apparaît plus discutable de s'engager par contrat sur un protocole de télétransmission dont toutes les modalités, et surtout les extensions, ne sont pas encore clairement définies et nous allons aborder maintenant certains implicites du contrat.

Les enjeux politiques de la F.S.E. : le projet Sesam-Vitale

** Un outil de maîtrise des dépenses de santé*

D'autres solutions pour améliorer la liquidation, tel que la scannerisation des feuilles papier, si elles améliorent la productivité des Caisses ne permettent pas, comme la F.S.E., de collecter rapidement des informations fiables et analysables par le Contrôle Médical de l'Assurance Maladie, premier pas vers la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui est bien un autre enjeu du projet Sesam-Vitale. Cette maîtrise nécessitera le codage des actes et des pathologies à terme. Nous avons déjà exprimé les plus extrêmes réserves sur ces codages, en particulier en psychiatrie.

** L'intrusion de l'État*

Cet objectif majeur de la maîtrise de l'évolution des dépenses n'est plus seulement celui des Caisses mais aussi celui de l'État, en particulier depuis le plan Juppé, puisque le Parlement vote le taux d'évolution des dépenses de santé. Le caractère privé du réseau Ramage (propriété de la CNAMTS) par lequel les données devaient transiter rendait ces dernières d'accès difficile pour tous les autres intervenants : les Caisses complémentaires, les professionnels de santé... Le rapport Rozmaryn, en stigmatisant notamment la norme techniquement archaïque (Noémie B2) du réseau Ramage, a permis au gouvernement d'intervenir et d'imposer le Réseau Santé Social (R.S.S.). La concession de cet Intranet sera attribuée à un opérateur choisi par le gouvernement début 1998 (La Poste et France-Télécom sont candidats parmi d'autres). Ce réseau ne sera donc pas la propriété de l'Assurance Maladie et les Caisses complémentaires, les médecins par l'intermédiaire des Unions Professionnelles, pourront peut-être avoir accès aux données issues de la télétransmission soit en direct soit pas l'intermédiaire des Caisses.

Un objet de convoitise : le R.S.S.

Il est clair qu'un tel Intranet va permettre en outre qu'au delà des F.S.E. une part importante des échanges d'informations médicales transite aussi par le Réseau Santé Social. C'est pourquoi la mise en réseau des professionnels de santé, notamment les médecins, constitue un autre des enjeux de Sesam-Vitale. Cette mise en réseau des médecins suppose qu'ils soient informatisés, ce qui constitue déjà un formidable marché tant pour le matériel et les logiciels que la maintenance. Mais surtout, cette perspective constitue à terme le plus grand bouleversement de l'organisation des soins ambulatoires en France.

** Le pari des Caisses*

De leur côté, bien qu'un réseau informatique ne doive pas être confondu avec un réseau de soins, les Caisses espèrent que l'usage du Réseau Santé Social s'élargira de la F.S.E. à des échanges d'informations entre médecins et préparera ainsi les esprits à entrer dans un réseau de soins ou dans une filière.

** Le pari du gouvernement*

Le gouvernement, pour sa part, souhaite ainsi permettre la constitution de grandes bases de données médicales; il pourrait alors lancer de vastes enquêtes épidémiologiques, et établir une vraie politique de Santé Publique.

** Le pari des Caisses complémentaires*

Toutes ces informations médico-économiques intéressent évidemment beaucoup les Caisses complémentaires (mutuelles, organismes de prévoyance, assurances) qui pourraient développer leur logique assurantielle par une connaissance fine des soins distribués et des pathologies de leurs adhérents. Si elles devaient, comme elles le revendiquent, avoir un accès à ces données, le risque d'une sélection ne pourrait être écarté.

** Le pari de l'industrie pharmaceutique*

L'industrie pharmaceutique n'est pas indifférente devant la possibilité de connaître avec plus de précisions tant les prescriptions que les effets de ses campagnes de promotion.

** Le pari des Unions Professionnelles*

Les Unions Régionales de Médecins et par leur intermédiaire les Centrales syndicales sont aussi sur les rangs de l'accès aux informations tirées du codage. Elles sont bien conscientes que le pouvoir sera désormais aux mains de ceux qui déteindront ces informations.

Sans prétendre que cette liste soit exhaustive, l'on voit bien que les enjeux autour de ces données médico-économiques sont énormes et dépassent très largement la question de cette subvention en faveur de l'informatisation des cabinets.

À prendre ou à laisser ?

Il appartient à chacun d'entre nous de tirer ses propres conclusions devant la complexité de ce problème.

La mise en place du Réseau Santé Social ouvre de dangereuses perspectives d'appropriation des données médicales par des instances (Caisses complémentaires, pouvoir politique, industrie pharmaceutique) dont nous ne pouvons ignorer qu'elles ne souhaitent s'en emparer que dans une intention strictement gestionnaire.

Par ailleurs, la réorganisation du système de soins tourne actuellement autour du problème des réseaux et des filières qui nous conduisent inévitablement vers la forfaitisation des prises en charge. Or le paiement direct à l'acte n'est essentiellement contesté par les Caisses que du fait des coûts qu'il engendre. La télétransmission des seules feuilles de soins, sans aucune donnée médicale, aurait pu permettre d'en assurer la défense.

Tout l'enjeu politique du contrat que l'Assurance Maladie nous propose de signer se résume finalement à ce dilemme : refuser la subvention afin de manifester une opposition forte à la circulation des données médicales, au risque de favoriser les filières et le tiers payant généralisé qui seraient les seules issues de secours des Caisses; ou bien faire le pari que nous pourrions maîtriser la confidentialité des données médicales, et donc accepter la F.S.E. afin de donner aux Caisses le moyen de continuer à gérer le système tel que nous le connaissons actuellement. Cette seconde hypothèse sera peut-être acceptable si les Unions

Professionnelles, comme elles l'espèrent, parviennent à centraliser les F.S.E. avant leur transmission à l'Assurance Maladie.

À prendre ou à laisser : dans l'état actuel de la situation, aucune de ces deux hypothèses n'est dénuée de risques majeurs. C'est pourquoi pour l'instant vos syndicats ne peuvent que recommander une prudente expectative en différant la signature au plus tard possible.

Alain RICHARD

Cris et chuchotements. Lettre à une directrice de CPAM

Jean-Charles Luizard

Interrogation soucieuses ou protestations violentes, vous avez été nombreux à réagir et à écrire face au dilemme : signer ou pas le contrat ?

Quelques uns cependant ont tenté de tempérer les inquiétudes de la majorité.

xXx

Je viens de recevoir votre offre de contrat **«relatif aux actions d'accompagnement à l'informatisation des médecins libéraux»**.

Le moins que je puisse dire, c'est ma surprise devant l'ampleur des dégâts ! J'ai du mal à croire qu'un syndicat médical a pu signer un quelconque accord de ce genre sans y trouver son compte (aux dépens et aux profits de qui ?) !

Vous me demanderez de me justifier pour porter de pareilles accusations et je le fais immédiatement. Tout d'abord, j'ai du mal à comprendre comment, au nom de la **«maîtrise médicalisée»** des dépenses de soins, on nous impose la transmission des «feuilles de soins électroniques». Où est le «médicalisé» ? Devrais-je faire, moi aussi, des «psychothérapies électroniques» ? Où est le **bénéfice** médical d'une telle mise en œuvre ? Je ne vois pas. Par contre, ce qui est sûr, c'est que, du côté des Caisses, on n'aura plus besoin de liquidatrices puisque les médecins feront le travail : économie de personnel - combien de chômeuses en plus dans trois ans ?

Maintenant, venons-en au plus fort : **la contrainte financière du médecin :**

Art.3.1. (je fais le compte le plus léger possible) :

- équipement informatique de base : 8000 F
- lecteur de carte Sésame Vitale : 2000 F (je suppose...)
- Modem de transmission à haut débit : 3000 F
- imprimante : 3000 F
- logiciel certifié : 5000 F (je suis optimiste...)
- à prévoir, vraisemblablement, un abonnement Numéris pour faire bonne mesure : combien ?

Art.3.3. : C.P.S. : abonnement gratuit deux ans et après (grâce au monopole) combien ?

Art.4.3. : maintenance obligatoire : 2000 F l'an minimum.

Art.5.1. : formation obligatoire : 1500 F (prix moyen constaté).

Faisons les comptes : pour la première année 24500 F !! En échange de quel service pour le médecin ? Pour

moi psychiatre : RIEN !!

Maintenant, penchons-nous sur la générosité des Caisses : 9000 F. Vu comme cela c'est presque alléchant... Seulement voilà, pour investir, je fais ma comptabilité en fonction de mes bénéfices, et non pas en fonction de mes recettes (je suis dans le privé) ! Qui dit recettes en «gains divers» dans la comptabilité d'un médecin libéral dit : **CHARGES**. C'est-à-dire :

URSSAF Assurance Maladie : 5,33 %

URSSAF AF : 0,4 %

CSG : 3,4 %

RDS : 0,5 %

CFP : 0,15 %

CUM : 0,5 %

CARMF : 9,72 %

Taxe professionnelle : 3,21 %

Impôt sur le revenu : 35 %

Total des charges : 58,21 %*, soit sur un total de 9000 F = 5239 F pour l'exercice de 1997, (pour 1998, + X %). Il me reste donc à investir : 3761 F.

Votre participation pour solde de tout compte est de 15,35 % de mon investissement en échange de... rien ! Parce qu'en plus de tout cela il nous faudra, les autres années, continuer de payer au bas mot entre 3000 et 5000 F de notre poche, toujours en échange de rien. Puis dans trois ans, le système Sésame Vitale apparaîtra obsolète et il faudra tout changer, etc, etc...

Maintenant, si j'accepte et que je ne fonctionne pas comme prévu (parce qu'en psychiatrie, les tensions sont fortes, le relationnel prévaut sur le bureaucratique, l'aspect «machine» mal toléré voire menaçant pour l'intimité dévoilée en son lieu, je ne suis pas sûr de pouvoir être en règle avec l'article 2.2. sur les 90 % minimum de télétransmission), je devrai rembourser 9000 F. Coût de l'amende : 5239 F de charges que j'aurai payées, plus 24500 F d'un matériel inutilisable; soit quand même la modeste somme d'environ 30000 F !!!

Dites voir, Madame le Directeur, si on vous proposait la même chose, c'est-à-dire d'acheter un «produit» qui vous ne vous rapporterait rien, vous serait inutile, qui en plus vous coûterait de l'argent, dont la non-suffisante utilisation vous serait en plus facturée, penseriez-vous que ce contrat soit raisonnable ? (...) Que feriez-vous ?

Pour moi le choix est clair, j'ai choisi une profession libérale. J'ai pris des risques pour investir sur **mon** nom et **mes** compétences avec l'argent que j'ai emprunté, et que la banque viendra récupérer sur **mes** biens personnels et familiaux si besoin.

Alors puisqu'au nom de la **maîtrise médicalisée** on me propose un «traitement électronique» des feuilles de soins je dis : **NON !!!**

Je traite des personnes, pas des feuilles de soins !!!

Je suis médecin, pas commerçant !!!

On n'achètera pas ma liberté avec 3761 F !!!

Je sais que vous n'êtes pas responsable des «errements» qu'on vous demande d'endosser pour notre département, j'espère ne pas vous avoir trop irritée, et vous prie de croire, en l'assurance de mes salutations les meilleures.

Jean-Charles LUIZARD (Orléans)

Cris et chuchotements. Que peut-on acheter avec 9 000 F ?

Pierre Fichet

Interrogation soucieuses ou protestations violentes, vous avez été nombreux à réagir et à écrire face au dilemme : signer ou pas le contrat ?

Quelques uns cependant ont tenté de tempérer les inquiétudes de la majorité.

xXx

Ce n'était pas un rêve, les sous promis seraient versés. Nous avons connu d'autres promesses de cet ordre pleines de bons sentiments qui s'étaient envolées ailleurs. À l'origine la vignette auto était pour les «vieux» : ils ont gagné la RDS.

Donc oui, pour 9000 F, nous avons droit à un beau contrat et en plus plein de services, c'est dit dans le courrier d'accompagnement : «Vous serez relié, comme vos confrères, à une chaîne vivante d'échanges et de savoir faire». «Vous pourrez consulter des CD Rom»...

Quelle fascination pour la machine, car pour ce qui est du vivant nous sommes les mieux placés pour savoir que communiquer n'est pas parler, que le savoir informatisé, numérisé, standardisé, appliqué machinalement, à sa part de mortifère.

9000 F ! Nous sommes bien placés aussi pour savoir que la gratuité se paie toujours d'une manière ou d'une autre, et il me semble qu'à l'heure du grand trou de la Sécu, c'est notre indépendance, voire notre âme qu'il est question d'acheter.

Il se pourrait bien que le meilleur des mondes informatique rejoigne la machine de la colonie pénitentiaire de Kafka, machine qu'il nous est demandé de servir de manière zélée.

Le prix y est mis, et au cas où je l'aurais oublié, j'ai déjà reçu un courrier me disant que je ne pourrais bénéficier de l'aide si je ne réponds pas. Quelle sollicitude!

Non, décidément non, je ne suis pas à vendre.

Pierre FICHET (Amiens)

Cris et chuchotements. Ne dramatisons pas...

Etienne Roueff

Interrogation soucieuses ou protestations violentes, vous avez été nombreux à réagir et à écrire face au dilemme : signer ou pas le contrat ?

Quelques uns cependant ont tenté de tempérer les inquiétudes de la majorité.

xXx

Quelques remarques à propos de la lettre sur l'informatisation :

- affirmer que la télétransmission des feuilles de soins autorisera notre surveillance électronique dans le temps est faux : **on a trois jours pour télétransmettre** et il est même conseillé de le faire le soir.

- les 9000 francs **viennent de notre argent**, puisque d'un fond alimenté par les médecins il y a 2 ans je crois; nous avons déduit des impôts sur cette cotisation à l'époque, comptée comme frais professionnel. Si on nous la redonne nous payons des impôts; si on la rend parce qu'en définitive on casse le contrat (signé ce mois-ci), dans neuf mois, un an au plus... on la retirera de notre revenu comme frais professionnel et les impôts seront à nouveau déduits. OK ??

(...)

J'ajouterai une information que j'ai apprise récemment : on peut acheter une machine toute simple bientôt en vente par la Sécurité sociale, sûrement à prix trop important (environ 7000 francs) : un simple lecteur de cartes avec C, CS, CPSY etc... pour la nomenclature et les prix, comme sur une calculette, à afficher : donc on peut télétransmettre au prix minimum, sans s'informatiser (néanmoins sur ce truc, le plus simple, il y aura une contrainte de maintenance à payer aussi).

Étienne ROUEFF (Annecy)

NDLR : Il est vrai que ces dernières semaines, les CPAM ont prodigué verbalement des apaisements sur leurs intentions. Néanmoins, d'autres sources d'information, dans le cercle des tutelles, ont fait apparaître leur intérêt pour une saisie en temps disons semi-réel des activités praticiennes, volumes et rythmes : l'informatique n'autorise pas tous les «tripatouillages» qui ont pu être suggérés sur ce point, sauf à y consacrer soi-même beaucoup de temps réel (!).

Par ailleurs, pour autant que l'on sache, et selon les indications reproduites dans la presse, le remboursement éventuel de la subvention en cas de taux insuffisant de télétransmission ne serait pas, lui, déductible, alors même que les investissements seront faits...

Cris et chuchotements. Ça prend la tête...

Martine Burdet-Dubuc

Interrogation soucieuses ou protestations violentes, vous avez été nombreux à réagir et à écrire face au dilemme : signer ou pas le contrat ?

Quelques uns cependant ont tenté de tempérer les inquiétudes de la majorité.

xXx

Dans un style très politiquement correct, le Crédit Lyonnais a vendu du vent pendant plusieurs années, de 88 à 92, et ses exécuteurs se sont servis des commissions exorbitantes, protégés par des apparatchiks, et non des moindres : c'est ce que nous avons pu entendre à l'émission «Envoyé Spécial» sur France 2, le jeudi 11 décembre 97.

Dans le même style on va «**vers la modernisation des soins**», feuilles papier glacé, annonce alléchante, nous allons «**créer**» chers confrères et «**transmettre... informatiquement**». Vous avez tous reçu ces feuilles oranges, jaunes et vertes qui protégeaient le contrat que les Caisses nous proposent de nous payer généreusement !!

Hélas, ce contrat est vide de fond : je lis dans le Q.M. du 28 novembre «le déroulement du processus d'informatisation... préoccupe vivement les parlementaires... au point qu'ils devraient décider la création d'une mission d'information sur ce sujet».

J'ajouterai cette phrase de Claude Bartolone, porte parole du Gouvernement, citée dans le même article : «coordonner les intervenants et veiller à ce que les différents systèmes **soient compatibles**... dans le sens souhaité par le parlement etc... non comme moyen de renforcer le contrôle des Caisses d'Assurance Maladie sur les professionnels de santé».

Premièrement Sésam-Vitale n'est pas prête car le matériel de Sésam-Vitale I est obsolète, quant à la Carte Professionnel Santé elle n'est pas prête non plus... Quel logiciel peut donc prétendre gérer des cartes qui ne sont pas finalisées ?

Qu'est ce qu'on nous vend ? Notre adhésion à un système dont on ne connaît pas les finalités ? Le Réseau Santé Social qui doit recueillir les informations télétransmises est en voie de constitution seulement en ce début décembre, et nous devons signer avant le 31 décembre ? !

D'après la publicité il s'agit d' «**entrer dans une ère nouvelle**» (!?) Comment allons-nous payer ce vent d'irréel ?

On sait bien pourtant que lorsqu'il souffle trop fort, le vent engendre la tempête !!

Martine BURDET-DUBUC (Villiers-sur-Marne)

Prises de position

Elles ont été surabondantes ces trois derniers mois. D'abord de la part des **praticiens**, dont on a pu lire le très volumineux courrier dans la presse professionnelle - avec des opinions généralement hostiles il faut bien le dire - sur des argumentations allant du comptable à l'éthique en passant par le politique. Cela s'est reflété dans un taux faible de retour des contrats signés, au moins à la mi-décembre.

À souligner au passage les réserves avancées par les médecins de Vitré, qui ont été 2 ans expérimentateurs de Sésam-Vitale et estiment que le taux de 90 % de télétransmission n'est pas soutenable, au mieux 60 à 70 % - pas plus d'ailleurs que le respect en termes de maintenance d'une limitation à deux jours ouvrés d'interruption des transmissions.

Les **organisations professionnelles**, quant à elles, en dehors de MG. France (qui propose à vendre toute une logistique déjà prête), marquent soit une franche hostilité (consignes de boycott du SML), soit de vives réserves (Ordre des Médecins), soit des consignes d'attente (CSMF) en relation avec une demande quasi-généralisée de report du délai de signature justifié à tout le moins par le degré d'impréparation quant aux «systèmes informatiques eux-mêmes».

Rappelons à cet égard certaines des conclusions du rapport Rozmaryn, demandé par le gouvernement : «*en l'état actuel, le projet laisse prévoir des difficultés d'information, de maintenance, aussi bien sur le plan technique que sur celui des responsabilités*».

Demeurant par ailleurs le caractère «léonin» du contrat lui-même, aux termes duquel les Caisses s'instituent juge et partie des litiges éventuels quant aux défauts ou insuffisances de télétransmission..

Au registre politique, la **Commission des Affaires Sociales** de l'Assemblée Nationale a décidé la mise en place d'une **mission d'information parlementaire sur l'informatique médicale**, chargée de suivre le processus d'informatisation des systèmes de santé, estimant que *«la problématique... dépasse la simple question des conditions d'attribution des matériels informatiques, car il s'agit d'aborder aussi les aspects déontologiques et culturels de l'informatisation»*.

Sur le plan de l'**éthique**, outre les réserves de l'**Ordre National** et, souvent encore plus tranchées, des **Ordres départementaux**, signalons encore la prise de position résolument négative de l'**Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale** (A.M.E.).

Le **S.N.P.P.**, quant à lui, adressait dès le 11 décembre 1997, une lettre à ses adhérents dont vous trouverez ci-après les principaux termes.

Lettre aux adhérents du SNPP

Vous êtes très nombreux à exprimer votre perplexité devant le contrat proposé à votre signature par les Caisses d'Assurance Maladie permettant d'obtenir la subvention de 9.000 F à l'informatisation du praticien en vue de la télétransmission des feuilles de soins - et plus tard de l'exploitation de la carte Sésam-Vitale II.

Nombreux sont également ceux qui affichent une opposition résolue, en tant que libéraux et que psychiatres, au principe même de ce processus.

Dans le BIPP de septembre (N°14), nous vous proposons des éléments objectifs d'information, en vous incitant à la temporisation ou attendant l'échéance du 31 décembre, date limite de signature d'un contrat dont on ne connaissait pas encore la teneur exacte.

Depuis, deux faits nouveaux sont intervenus :

- il est très possible que le délai de signature soit prorogé de 6 mois, comme le réclament les organisations syndicales;

- surtout, l'étude du contrat lui-même laisse apparaître son caractère "léonin" du fait des contraintes unilatérales qu'il engendre, alors que "l'avantage" financier qu'il procure s'avère tout relatif puisque la subvention doit être incluse dans les recettes professionnelles, et comme telle supporter les mêmes charges et l'imposition des BNC, la somme réellement disponible se trouvant dès lors réduite de 50 à 60 %, soit 15 % du montant minimal des investissements nécessaires (sans tenir compte du coût, élevé, du contrat de maintenance exigible). De surcroît, en cas de non respect des clauses du contrat, la subvention devra être intégralement remboursée alors qu'entre temps elle aura été imposée !

Reste enfin le problème de principe qui, en définitive, devrait constituer un élément déterminant du choix. Car il s'agit bien d'un choix, la télétransmission étant un objectif des Caisses, non une obligation des praticiens (pour l'instant). Ce qui est en question c'est, à terme, la mise en place du dossier médical informatisé, avec ses codages et, immédiatement, la saisie en temps réel des activités de chaque praticien, avec les retombées "normatives" qu'on peut en redouter.

Refuser de signer le contrat, c'est donc perdre une subvention en définitive dérisoire, s'exposer à devoir payer ultérieurement une "taxe" (1 FF, 2 FF ?) sur chaque feuille de soins papier, tout en exposant évidemment le patient à supporter comme actuellement des délais de liquidation assez longs (en principe réduits en cas de télétransmission). Est-ce trop payer pour préserver sa liberté ?

On ne peut préjuger du résultat des négociations syndicales en cours autour de cet énorme enjeu de l'informatisation (...). Mais dans l'immédiat, on peut estimer qu'il y a plus à perdre qu'à gagner à signer avant le 31.12 le fameux contrat. De surcroît, plus les "abstentionnistes" seront nombreux, plus il y aura de chance d'obtenir des aménagements significatifs du système pour ceux qui, en définitive, estimeront devoir s'y rallier.

Réflexions autour de l'assemblée générale de l'AFPEP-SNPP du 19 octobre 1997

Jean-Jacques Laboutière

Tenue au lendemain des XXVII^e Journées Nationales de la Psychiatrie Privée, l'Assemblée Générale 1997 est venue conclure un exercice particulièrement riche en événements. Séparation des conventions des généralistes et des spécialistes, signature de la convention des spécialistes par un syndicat à la représentativité usurpée, grèves et manifestations massives du printemps dernier contre la réforme de l'Assurance Maladie, signature individuelle de la convention par chaque médecin, signature de l'avenant conventionnel n°1 instaurant le principe du médecin référent et enfin actuellement remous autour du problème de la télétransmission des feuilles de soin : autant de temps forts d'une année très tumultueuse sur le plan syndical.

Notre Assemblée 1996 avait eu lieu au moment où commençait à se dessiner la menace confirmée dans les mois suivants, de conventions séparées pour les médecins généralistes et spécialistes. Anticipant les dangers que cette division pouvait entraîner pour l'exercice privé de la psychiatrie, elle s'était attachée à définir les **dispositions spécifiques** qui devraient absolument être défendues pour en maintenir la qualité. Ces dispositions spécifiques étaient les suivantes : le libre accès du patient au psychiatre de son choix, la confidentialité, le maintien du CNPSY comme lettre clé unique de l'acte du psychiatre en pratique ambulatoire et la mise en place d'une Formation Médicale Continue adaptée aux particularités de notre discipline.

Un an plus tard, les enjeux restent fondamentalement les mêmes. Bien que le nouveau pouvoir politique donne l'impression d'avoir plus ou moins écarté la réforme de l'Assurance Maladie de ses préoccupations les plus urgentes, n'oublions pas que le plan Juppé contre lequel nous nous sommes tant battus depuis deux ans n'a pas un seul instant été remis en cause. Perçu comme une «réforme de gauche», il convient au gouvernement actuel qui aura eu en outre l'opportunité de le trouver déjà en place à son arrivée au pouvoir sans en assumer le coût politique. N'oublions donc pas que, s'il est vrai que le ton a changé et que ce gouvernement souhaite sincèrement obtenir l'accord de la profession sur cette réforme, rien n'en a été retiré : les enveloppes budgétaires assorties des sanctions financières en cas de dépassement restent d'actualité, la F.M.C. obligatoire va se mettre en place bien que les démêlées du FAF-MEL l'ait paralysée pratiquement tout au long de l'année et les expérimentations de filières et de réseaux en tous genres sont plus que jamais à l'ordre du jour depuis la signature de l'avenant conventionnel n°1.

Sur ce dernier point, l'hostilité farouche des grandes centrales syndicales (CSMF, FMF et SML) contre l'avenant conventionnel ne doit pas faire oublier que ces dernières sont prêtes à encourager des réorganisations du système de soins qui, fondamentalement, vont dans le même sens. Filières ou réseaux ?

C'est cette question qui anime actuellement le débat syndical mais il semble déjà archaïque de prendre position à la fois contre l'un et l'autre, comme si ces deux points fondamentaux que sont le libre accès et la confidentialité n'en dépendaient pas.

Il en va de même pour les questions directement liées à l'informatisation. Qu'il s'agisse de l'introduction des PMSI dans les établissements hospitaliers privés en psychiatrie ou bien de la télétransmission des feuilles de soins, c'est, en aval, le problème du codage des actes et des pathologies qui est posé, et au-delà les enjeux politiques de la circulation de l'information dans le titanesque projet de Réseau Santé Social qui est en train de se mettre en place, sinon dans l'indifférence générale, du moins sans que son principe même soit véhémentement contesté par l'ensemble de la profession.

Il s'agit pourtant d'une tout autre ambition que le projet initial de télétransmission des feuilles de soins. Élaborer et financer un réseau de télécommunication reliant tous les acteurs de soins et vraisemblablement aussi du champ social, doter ce réseau de technologies de cryptage si sophistiquées qu'elles surpassent celles utilisées par les réseaux de transmissions militaires : pourquoi pas ? Mais pour y faire circuler quelle information ? Et surtout à quelles fins ? Ce déploiement impressionnant de moyens est-il investi dans le seul intérêt des patients ou constituera-t-il à terme l'outil fondamental de la maîtrise économique de l'ensemble des soins dispensés dans le pays ? Autant de questions sans réponses claires actuellement mais qui laissent perplexe quant à la possible (?) articulation de la pratique psychothérapique à ce panoptikon cybernétique.

N'oublions pas enfin la formation médicale continue. La longue paralysie du FAF due aux affrontements syndicaux dont il a été le cadre a pu laisser l'impression d'une accalmie trompeuse mais le processus s'est remis en mouvement en cette fin d'année. Une pesanteur bureaucratique accablante va bientôt s'abattre dans ce domaine au risque de stériliser la vitalité qui anime de longue date les multiples associations locales, régionales ou nationales de F.M.C. Mais, ici encore, quelle voix s'élève au sein des grandes centrales syndicales pour mettre en garde contre cet engluement technocratique ?

La question se pose donc de manière bien plus aiguë encore que l'an passé de savoir si le S.N.P.P. doit calquer son attitude sur celle des autres structures représentatives de la profession ou bien baser sa politique uniquement sur les spécificités de la pratique privée de la psychiatrie.

C'est selon cette seconde option que le Bureau du S.N.P.P. a travaillé tout au long de l'année. C'est ainsi que nous avons été amenés à prendre des initiatives propres telles que, pour n'en rappeler que deux, une rencontre avec le cabinet du Secrétaire d'État à la Santé durant l'été dernier pour défendre la nécessité de l'accès direct et de la confidentialité et la mise en place au niveau des régions de structures fédératives ouvertes afin de conférer aux diverses associations locales de F.M.C. une représentativité réelle au niveau des CRFMC.

Pour autant nous n'avons pas négligé de nous investir vigoureusement dans toutes les actions intersyndicales qui étaient de nature à défendre notre conception de la médecine. Ainsi avons-nous systématiquement participé à toutes les manifestations du printemps dernier, où nous avons été les seuls représentants de la psychiatrie. C'est aussi dans cet esprit, pour faire valoir notre conception de la psychiatrie, que nous avons travaillé au sein de la CSMF comme d'autres structures - que nous avons développé notre participation à l'UNAFORMEC et fait valoir, notamment dans le cadre de la Fédération Française de Psychiatrie, nos conceptions quant à des modalités de formation médicale continue appropriées à la psychiatrie privée.

C'est afin de poursuivre dans cette voie, pour affirmer plus clairement encore que notre politique syndicale se fonde en priorité sur ce que nous pensons être judicieux pour la qualité des soins en psychiatrie libérale que cette Assemblée Générale 1997 a renoncé à voter des motions isolées et a décidé de synthétiser le fruit de ses débats dans une déclaration plus générale que vous avez déjà reçue, mais que vous trouverez rappelée ci-après et qui constitue le socle de notre travail pour 1998.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

Déclaration du 19 octobre 1997

1) La psychiatrie fait irréductiblement partie de la Médecine, dont elle partage l'éthique proprement dite, hippocratique, et l'inscription dans le champ social.

2) Cependant, les caractéristiques de la psychiatrie, qui a pour vocation de prendre en charge la souffrance psychique, ne peuvent se ramener à celles de la médecine somatique dans son évolution actuelle, qu'il s'agisse bien évidemment de son champ clinique, mais surtout de ses instruments, connaissances, recherches ou techniques d'évaluation.

Depuis l'instauration de la méthode anatomo-clinique, la médecine reste fondamentalement attachée à la quête de causalités linéaires, aussi complexes soient-elles, alors que la psychiatrie fait également référence à la polysémie, la multifactorialité, la circularité des processus de souffrance. Ici prévaut l'observation et la définition d'objets de soin, là une relation entre personnes. L'une et l'autre de ces démarches ont leurs justifications, épistémologiques et opératoires. Elles peuvent être complémentaires, elles ne sont pas interchangeables, encore moins substituables.

3) Dans ces conditions, on ne peut, dans la recherche de solutions évolutives pour le système médico-social, maintenir la confusion entretenue obstinément entre psychiatrie et médecine somatique.

4) Une nouvelle réforme des études médicales est en voie d'être engagée, réduisant l'équivalent du 3ème cycle à trois filières : chirurgie, médecine générale et spécialités médicales et biologiques (au sein desquelles se situerait la psychiatrie). Or la prise en compte des aptitudes personnelles comme les exigences de formation et de pratique justifient à elle seules l'autonomisation d'une branche spécifique pour la psychiatrie.

Il n'est pas jusqu'aux choix démographiques qui ne puissent supporter une démarche uniforme de réduction des spécialités, alors que la santé mentale fait partie des priorités de santé publique et que l'on constate répétitivement l'insuffisance numérique de ses acteurs (cfr le récent rapport du Conseil Economique et Social).

5) La formation médicale continue, désormais obligatoire et donc contrôlée, ne peut s'appuyer entièrement et exclusivement sur les méthodes et critères de validation retenus en médecine somatique. Les objectifs de formation, parce qu'ils visent fondamentalement à l'amélioration des compétences, ne sont pas strictement identiques : ils ne peuvent se réduire en psychiatrie à une simple acquisition de connaissances ou de savoir faire, mais impliquent parallèlement un travail spécifique et approfondi sur la relation soignante.

6) Les modalités de saisie des activités ne peuvent pas non plus être superposables. Le soin en psychiatrie ne se ramène pas à la prise en charge d'" objets " pathologiques étroitement définissables, autorisant quantification précise, standardisation des méthodologies, prédictivité statistique des évolutions, maîtrise des files actives. il n'est pas question pour autant de récuser tout contrôle et toute évaluation, mais selon des méthodes spécifiques, non réductrices, non intrusives, à élaborer.

7) L'Organisation des soins psychiatriques en pratique ambulatoire devra toujours laisser une place prépondérante au colloque singulier, support de modalités thérapeutiques spécifiques et seul susceptible de garantir la plus stricte confidentialité non seulement comme exigence éthique mais en tant que facteur opératoire déterminant.

Il en est de même de la liberté d'accès direct à ces soins, autorisant une démarche pleinement assumée, indépendante des contraintes et circuits institutionnels.

8) Tout autant qu'en ce qui concerne la démographie, il n'apparaît pas concevable de soumettre le volume des soins psychiatriques de ville aux quotas d'évolution appliqués de façon systématique à l'ensemble de la médecine libérale alors que l'on reconnait par ailleurs l'existence d'importants besoins non satisfaits en santé mentale. La disparité même des volumes d'activité selon les régions traduit un certain nombre de carences en bonne partie liées aux insuffisances et inégalités démographiques. Verrouiller le système de soins sur des indicateurs reflétant seulement l'état des lieux, en l'absence de toute prospective, irait à l'encontre de toute prétention à améliorer la santé publique dans le secteur considéré.

9) Proposer des suppléances en renvoyant la responsabilité des soins à des non spécialistes, généralement privés de toute formation adéquate, ne ferait que renforcer la tendance maintes fois dénoncée à une consommation excessive de psychotropes, dont la prescription, en France, est déjà effectuée à 80% par des non psychiatres.

Tout autant le renvoi, suggéré, de tout ou partie des psychothérapies vers des opérateurs non médecins aboutirait non seulement au risque de méconnaissance de la composante organique des problèmes psychiatriques comme de certains risques évolutifs exigeant une capacité décisionnaire de type médical, mais reviendrait également à priver une grande partie de la population de l'accès à ce type de soins.

10) Toutes ces raisons , et bien d'autres, amènent les psychiatres de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P, réunis en Assemblée Générale/, à exiger que les problèmes de la psychiatrie de ville soient abordés de façon spécifique dans le cadre des mesures concernant la médecine libérale, qu'il s'agisse de démographie, de formation, de contrôle, de dispositions conventionnelles, d'épidémiologie ou d'évaluation prospective des dépenses de santé.

C'est désormais la condition indispensable pour qu'apparaisse une cohérence entre le discours politique sur la santé mentale et la réalité des pratiques mises à son service.

Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé

Syndicat National des Psychiatres Privés

A propos de l'interinformation comme moyen de formation

Jean-Claude Montigny

A/ Définition

Avant d'apporter une ébauche de définition de l'Interinformation, précisons la notion de formation et l'élément inter :

- La **formation** (référence prise sur le Petit Robert), c'est l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques dans une technique, un métier, leur acquisition. Le dictionnaire parle de formation professionnelle, de formation continue, de formation permanente.

- **Inter** : «entre», qui sert à former de nombreux composés... soit une relation, un lien de réciprocité.

B/ Autres moyens de formation

Les actions **individuelles** : les lectures - la presse, les revues et les C.D. Rom. Ces supports seront soumis à des critères de validation (améliorant et qualifiant le contenu des textes ainsi que leur lisibilité).

Les actions **collectives** : les congrès, les séminaires et colloques (départementaux, régionaux, nationaux et internationaux), les groupes de pairs ou Interformation.

Les actions de **production** : les publications, la recherche, les animateurs et formateurs, les chargés d'enseignement et les maîtres de stage.

C/ À partir de l'expérience d'une association

Pendant trois ans (année 94-95, 95-96, 96-97) la Société des Psychiatres d'Exercice Privé de la Haute-Savoie, composée de huit psychiatres, a mis en place un projet de formation permanente sur le thème suivant : les changements du cadre thérapeutique au cours des états dépressifs caractérisés. Elle a décidé d'aborder le sujet de deux manières par des études de cas et par une enquête proposée à l'ensemble des psychiatres des deux Savoies. Elle s'est donnée comme objectif d'écrire un article documenté et étayé sur la pratique de chacun des membres de l'association dont les bases théoriques sont parfois différentes mais néanmoins complémentaires et ouvertes. Cet article devrait être validé par un comité de lecture et être publié sur une revue d'audience nationale.

Pour les deux prochaines années (97-98, 98-99) les membres ont choisi entre divers thèmes de travailler sur les conduites impulsives et le psychiatre privé.

Pour ce faire les psychiatres de l'association ont un projet :

- se réunir un jour chaque mois (dix mois sur douze) de 20 h 45 à 23 h 15 à partir d'un calendrier préétabli chaque semestre;
- se répartir des axes de recherche (les définitions, les approches transnosographiques, les références bibliographiques, les méthodologies...);
- articuler la pratique à la théorie à partir d'un cas clinique présenté par chacun des membres;
- s'engager à étudier, se documenter et écrire sur le cas présenté;
- confronter son expérience d'exercice et ses références théoriques à celle des autres;
- rapporter par écrit un compte rendu de la réunion et le diffuser à chacun;
- évaluer ses/nos réflexions si possible à partir de grilles référentielles établies au début de l'action;
- se donner l'objectif d'être publié;
- organiser un symposium régional dans l'année sur le thème en invitant des intervenants extérieurs et en apportant les réflexions du groupe.

D/ Essai d'une théorisation sur l'Interformation

L'Interformation ne peut-elle pas se confondre avec la notion de «groupe de pairs» avec les principes de base suivants :

- se rencontrer entre psychiatres en groupe de 8 à 10 très régulièrement;
- échanger sur ses expériences professionnelles;
- déterminer devant le groupe un cadre de soins à partir d'éléments symptomatiques;
- développer une stratégie de soins en se référant à ses propres modèles théoriques et considérer que les pairs du groupe vont jouer un rôle critique et d'analyse;
- confronter sa pratique, se donner les moyens de transformer sa propre pratique;
- se documenter, écrire et être publié;
- accepter un possible audit, faire un rapport sur ce qui s'est dit à chaque réunion et dresser un bilan de l'évolution du projet de formation chaque année;
- ne pas se détourner d'une possible évaluation.

E/ L'Interformation dans le cadre de la F.M.C. Obligatoire

En psychiatrie les connaissances et les actions individuelles plus qu'ailleurs doivent être confrontés à l'expérience et la pratique personnelles et à l'analyse collective en petit groupe de pairs.

En cela l'Interformation est une formation valide et très enrichissante à formaliser et à accréditer.

Jean-Claude MONTIGNY