Sommaire du BIPP n° 16 - Mars 1998

Chronique : ambivalences

Télétransmission :

- **La télétransmission, toujours... Gérard Bles**
- **Courrier**

Actualités professionnelles

Psychothérapies : circulaire Sournia

Déremboursement du Lysanxia

Permanence médicale dans les cliniques psychiatriques

Vie régionale

Chronique : ambivalences

Gérard Bles

Une pesante perplexité peut nous saisir, praticiens que nous sommes, dès lors que nous commençons à réfléchir sur les options professionnelles qu'il conviendrait de soutenir au regard de l'évolution des sciences et des techniques comme des méthodes, du "progrès".

L'informatique, aujourd'hui, offre une bonne illustration de nos dilemmes. L'instrument est prodigieux dès lors que l'on sait s'en servir. A ceci près qu'on s'y avère dépendant de programmes, logiciels, applications, qui depuis belle lurette sont élaborés par des "spécialistes" auxquels l'utilisateur est bien forcé de s'en remettre. Il en est de même de la saisie des données, de l'élaboration des statistiques, auxquelles l'outil impose une certaine "forme" tout en conférant aux informations ainsi mises en circulation une "validité" que présuppose l'apparente rigueur des procédures. Progressivement, l'outil remanie la démarche cognitive et, au delà, fait évoluer la culture collective : c'est un fait anthropologiquement avéré depuis l'âge de la pierre taillée - le feu, le bronze, la roue, l'imprimerie, l'électricité ont généré des cultures, des organisations sociales, des formes artistiques, des conceptions du monde, façonné l'opératoire de la pensée.

Aujourd'hui, peut-on déjà parler d'une épistémologie informatique ? Certainement, en tout cas, de nouveaux processus logiques. La psychiatrie en sera-t-elle changée, comme le sont déjà les sciences fondamentales, la recherche et une part notable des techniques médicales - aux dépens de l'art hippocratique ?

Pour en revenir au concept actuel, l'outil apparaît encore d'une fiabilité mitigée - ou devrait-on dire que ce sont ses utilisateurs qui balbutient ? Il y a eu des défaillances célèbres (Socrate...), des paralysies ordinaires quand les systèmes s'enrayent (dans le domaine aéronautique par exemple). Dans le secteur médico-social, on a connu aussi bien des avatars, souvent voilés d'une pudique discrétion. A-t-on quelques idée du coût réel de l'informatisation des Caisses depuis 20 ans, pour des résultats longtemps improbables ? Un échec récent,

celui de Médicis (le réseau informatique du contrôle médical - 900 millions - désormais abandonné. C'est moins que Creys-Malleville mais enfin !). Plus banalement, on nous informe aujourd'hui que bien des contentieux, contestables et contestés, sont de la seule "responsabilité" de l'ordinateur... Ceux qui ont pour fonction (syndicale) de travailler avec les tutelles ne peuvent pas ne pas être frappés par l'imprécision, la variabilité des données qu'on leur oppose. Pourtant, toute une politique économique (de santé ?) est bâtie sur celles-ci, tout un avenir dessiné, fondé, articulé autour de l'informatique (au Ministère de la Santé comme en de nombreux bons esprits on est ainsi convaincu que l'informatisation sera la clé de tous les problèmes...). L'ensemble des procédures de contrôle et de régulation sont censées acquérir leur opérabilité du développement et de la maîtrise informatiques.

Alors, c'est la fuite en avant ! Si l'outil n'a pas bien marché jusqu'ici, en tant que tel ou par rapport à ses finalités - la "maîtrise" - c'est que l'on ne disposait pas des bonnes données : d'où le codage des actes et des pathologies. Et comme leur saisie représenterait un énorme effort administratif, ce sont les médecins qu'on va transformer en opérateurs - à leur frais (parce que les 9.000 francs... ?). Double avantage : des économies de fonctionnement, et un bouc émissaire tout trouvé (et sanctionnable) si ça ne marche pas. Un troisième peut être : que le praticien éprouve au quotidien la réalité du processus de contrôle et de maîtrise, au prix d'une bonne obsessionalisation - et plus d'excuses pour ne pas se soumettre à la machinerie des RMO, des AMM, et bientôt des programmes d'aide au diagnostic et au traitement, pour le plus grand respect de la "bonne trajectoire thérapeutique" (la moins coûteuse ?). Ce qui ne pourra être transcrit informatiquement n'existera pas ou, pire, sera répréhensible. Enserré dans le réseau informatique, le médecin vivra la réalité subjective d'un Panaptikon, à défaut que celui-ci soit vraiment en place objectivement.

Noir tableau ! En serons-nous plus sages, ou plus savants ? Plus soumis en tout cas. Face à quoi nous nous retrouvons avec toute notre ambivalence. Un vague désespoir qui nous inciterait à tout refuser rageusement en bloc, dans le sentiment où nous sommes que peut-être nous allons dans cette aventure perdre notre âme - les repères éthiques qui fondent (fondaient ?) notre engagement de médecins, de psychiatres. Au regard de quoi nous saisit l'inquiétude de nous comporter en "réactionnaires", de refuser l'évolution, le progrès, de rester en marge - et, au passage, de compromettre notre capacité à gagner notre vie en risquant l'exclusion.

Alors, se soumettre ? Bien mieux, certains d'entre nous (les mêmes, pourquoi pas ?) pensent qu'en définitive il vaut mieux participer activement au système, dans l'espoir, vague, de le contrôler, d'éviter une maîtrise qui deviendrait totalitaire parce qu'aux mains d'une seule des parties. Il faut donc se faire violence, œuvrer consciencieusement dans son cabinet comme dans les commissions, groupes de pilotage ou de réflexion qui vont se multiplier. Il faut "en être" pour ne pas risquer de "n'être plus".

Cela est vrai de l'informatisation, cela l'est aussi de la formation continue nouvelle manière,de la communication, de la recherche... Et, à terme, pas si lointain, de notre manière de percevoir le malade et de le prendre en charge... Le pot de terre... le sens de l'histoire... la modernité... le modèle américain...

Pour le moment et pour en revenir à l'informatique et à la télétransmission, les témoignages que vous nous adressez sont plutôt rageurs, passionnés dans le refus d'un quelconque asservissement. Il faut dire que les prémices du processus se sont avérés plutôt maladroits, voire provocateurs, avec l'offre d'un contrat léonin, à peine amendé par de tardives déclarations d'intention. Mais force nous est de réfléchir, face à l'enjeu comme eu dilemme. Et encore plus ceux d'entre nous qui assument des responsabilités représentatives, qui ont un devoir d'anticipation au service collectif : ce qui les exposent à vivre pleinement cette ambivalence...

On peut évidemment, par facilité ou habileté publicitaire, se répartir les rôles en multipliant les tribunes afin que chacun y trouve son content - ou simplement son écho. Ici la "lucidité psy", là le "culte du progrès"... Mais pas plus qu'on ne peut ériger l'irresponsabilité en système, on ne peut prétendre évacuer les

contradictions en les escamotant dans un refus hautain ou la fuite en avant. A l'A.F.P.E.P. comme en chacun d'entre nous le débat doit rester ouvert, au prix d'en assumer la difficulté, tout en gardant en point de repère la référence éthique (l'intérêt de nos patients), une référence qui ne simplifie pas la prise de décision mais la rend exigible.

Gérard BLES

La télétransmission, toujours...

Gérard Bles

Le débat ouvert à l'intérieur de la profession et entre la profession et les tutelles à l'occasion de la proposition par les Caisses d'un contrat de télétransmission considéré comme "léonin", même et y compris avec les "assurances" tardives données par celles-ci quant à la souplesse (?) de son application - ce débat, donc, reste ouvert et fort vif. L'initiative du FORMMEL (Fond de réorientation et de modernisation de la médecine libérale, présidé par J.M. Spaeth et alimenté par les prélèvements/sanctions de 1996/97) proposant une subvention à l'informatisation mais liant celle-ci à la mise en œuvre d'un taux quasi-irréalisable de télétransmission (90 %) des feuilles de soins électroniques (FSE), a eu pour résultat paradoxal de déclencher chez beaucoup de médecins, et les psychiatres en particulier, une polémique sur l'informatique elle-même et sa place à venir dans la démarche médicale - alors que, stricto sensu, il n'était question que d'acquérir le matériel de télétransmission qui peut être relativement simple...

Les "objecteurs" se sont ainsi recrutés dans des modes variés, sinon hétérogènes :

- ceux qui, sans être hostiles à la télétransmission, considèrent que la subvention (7.000 F) et surtout la prime de fonctionnement (2.000 F une fois pour toutes) sont très largement inférieures aux coûts réellement induits par la mise en œuvre de la procédure et qui estiment qu'ils n'ont pas à financer la modernisation non des cabinets mais des Caisses;

- ceux qui sont rebutés par des clauses contractuelles considérées comme irréalistes et donc susceptibles d'entraîner à terme une rupture du contrat et la restitution des subventions dans des conditions pénalisantes au point de vue comptable;

- ceux qui, à partir de diverses informations, avis et rapports, estiment que tout ou partie du système en voie de mise en place (Sésam-Vitale et RSS) risque de s'avérer un fiasco au moins à court terme et qu'ils n'ont dès lors pas de raisons valables de procéder à des investissements lourds, inévitablement supérieurs aux subventions et peut-être, pour partie, inutiles (logiciels);

- ceux qui dénoncent l'absence de véritables garanties en ce qui concerne le secret qui devrait s'attacher aux données transmises (la loi française interdisant notamment les cryptages inviolables) et l'exploitation de ces données (dont ils refusent que les Caisses aient seules la maîtrise);

- ceux qui considèrent que l'introduction systématique de l'informatique dans la relation soignant-soigné va inexorablement infléchir la nature même de cette relation et de l'acte médical;

- ceux qui, dans tous les cas, sont allergiques à l'informatique;

- ceux qui ont simplement suivi les consignes syndicales sans trop approfondir la discussion, leur abstention s'inscrivant dans une démarche plus globale de contestation persistante du plan Juppé;

- etc., et quelquefois de tout un peu.

Cela fait quand même 54 % des médecins libéraux (certainement plus chez les psychiatres) qui ont refusé de signer le fameux contrat ! A ce point que le Gouvernement vient de faire paraître au **J.O.** du 13 mars un **décret modificatif** (N° 98.159, daté du 11 mars) autorisant le FORMMEL et les Caisses à proroger les **délais de souscription** du contrat (au delà du 31 mars) voire à modifier les modalités de versement des “aides” ... Il est vrai que ce geste gouvernemental est moins “généreux” qu’il n’y parait puisqu’il permet aux Caisses de traiter individuellement avec les prestataires de soins (en particulier non médecins) en passant par dessus les syndicats - d’où une vive réaction du C.N.P.S....

Quoiqu’il en soit, on ne peut que regretter la confusion des genres - et des débats. La question de l’informatique méritait une réflexion d’une toute autre ampleur (et des incitations plus intelligentes...) que celle qui s’est focalisée sur un contrat qui sert essentiellement les Caisses en résolvant (en principe) leurs problèmes de traitement administratif et comptable des remboursements de soins (2 milliards d’économies par an... et 8000 licenciements, annoncés par le directeur de la CNAMTS) en reportant une part notable de la charge, en temps et en coût, sur les praticiens. Est-ce pour démontrer l’urgence de cette bascule que les délais de remboursement, actuellement, excèdent facilement un mois - ou tout simplement pour faire de petites économies supplémentaires au dépens des assurés ?

Encore faudrait-il, pour ceux des médecins qui sont convaincus qu’en contribuant à l’évolution de la gestion des Caisses ils aident à maintenir en place un système que l’étatisation menace, comme pour ceux qui en escomptent en retour un juste partage des informations (au niveau des Unions Professionnelles par exemple), que cet effort supplémentaire ne sombre pas dans les vastes cafouillages ou les détournements qu’on peut encore redouter à la lumière de l’histoire...

L’informatique, donc, mérite mieux - en tout cas plus sérieux. Et l’informatisation du système de soins, qui n’en est qu’une application, de plus profondément réfléchir quant à ce qui peut l’être, informatisé, et ce qui ne peut, on ne doit pas s’y soumettre.

L’A.F.P.E.P. se doit d’ouvrir une large place à cette réflexion, sans gober l’appât de la modernité à tout prix, mais sans méconnaître non plus l’évolution des moyens, des techniques et des cultures.

Gérard Bles

Courrier

Nous avons reçu un très abondant et instructif courrier sur télétransmission et/ou informatisation, des questions inquiètes aux prises de position sans équivoque. Nous n’avons pu tout publier ni répondre à chacun personnellement, mais espérons qu’on écho fidèle leur aura été apporté dans notre bulletin. les problèmes généraux concernant l’informatisation feront l’objet d’un développement particulier dans notre prochain numéro. Nous publions cependant ci-après trois textes (ou extraits) qui complètent les précédentes interpellations ou ouvrent à d’autres débats.

Lettre au directeur de la CPAM

J’ai bien reçu votre proposition de contrat de subvention en vue de l’informatisation des cabines médicaux. J’ai pris note par ailleurs que cette subvention participera au renflouement des caisses de l’État via la fiscalité, à celui des caisses sociales via l’URSSAF. Pour la part qui reste, elle servira à payer, la première année, le contrat de maintenance que vous imposez et que je devrais continuer à payer les années suivantes. Certes l’usage du reliquat subsistant n’a rien d’imposé et pourra servir à acheter le matériel informatique nécessaire à hauteur de ma bonne volonté...

Je suis tout à fait favorable à l’informatisation de mon cabinet, et n’ai rien contre le paiement par télétransmission. Mais je n’ai aucune garantie quant à l’usage que les assurés sociaux feront de la carte Sésam-Vital, surtout si elle est familiale (et oubliée dans la poche du conjoint par exemple...). Je n’ai donc pas l’assurance de pouvoir parvenir à 90 % de télétransmission au bout d’un an. Par contre si je signe votre contrat, vous auriez l’assurance de récupérer l’intégralité de votre remarquable subvention, si votre dispositif ne réussit pas.

Je ne peux donc pas accepter le contrat que vous me proposez. Je vous prie cependant de noter que je souhaite tout à fait m’informatiser et télétransmettre. Je n’équiperai par mes propres moyens sans être soumis à vos obligations, en dehors des normes de télétransmission. Je souhaite donc être tenu au courant des conditions d’informatisation et télétransmission dans le département, et en particulier je souhaite être informé sur la mise en place du Réseau Santé Sociale.

Daniel VITTET (Thonon les Bains)

Psychothérapies et informatisation

L’acte psychothérapique que vous défendez à juste titre devient encore plus aléatoire avec l’introduction de l’informatique...

La grande majorité des psychiatres de ma génération qui pratique la psychothérapie d’inspiration analytique ne peut que s’étonner de la facilité avec laquelle vous validez l’informatisation des cabinets...

Il est du rôle des syndicats d’élaborer une réflexion sur ce thème et de mettre en place des moyens de défense, pour ceux qui, comme moi, refusent en l’état ce diktat... C’est cela aussi, à mon sens, défendre notre spécificité.

Daniel SEVEON (Compiègne)

Partager les informations, contrôler leur exploitation

Évidemment l’enjeu de l’informatisation des médecins est celui de leur indépendance, de la confidentialité et de la transparence du médecin et de sa relation avec ses patients.

Il faut comprendre qu’elle est aussi un enjeu économique et médical beaucoup plus important encore.

Il s’agit de savoir à qui seront destinées les informations sur les activités des médecins et de leurs patients; ce sont les «données» qui par nature sont transmises aux Caisses de S.S., pour, au moins, des questions

comptables et de gestion économique. Mais, selon la loi, ces données doivent être transmises aussi aux Unions Professionnelles régionales; c'est même la principale raison de l'existence de ces Unions, revendiquées par les syndicats médicaux (et créées, il faut le dire, à l'initiative de la CSMF).

Donc, quoi qu'il en soit, les Caisses auront leurs informations, par l'informatique au lieu du papier et du stylo, c'est pratiquement le seul changement : d'outil, d'écriture, accroissant la rentabilité gestionnaire des Caisses… Car pour aller au delà des contrôles déjà existants, les spécialistes de l'informatique disent qu'il est impossible d'utiliser toutes les données sur les activités médicales pour connaître l'activité précise de chaque médecin : les données sont beaucoup trop quantitativement énormes et diverses pour en tirer quelque chose; ce que feront les Caisses, ce seront des «coups de sonde», des enquêtes ponctuelles ou statistiques générales, à la façon du fisc par exemple. Ainsi le problème est d'avoir en tant qu'organisations professionnelles les **mêmes moyens** que les Caisses pour effectuer contre-enquêtes et études pour contrer leur pouvoir.

Pour résumer, l'enjeu de l'informatisation des médecins est que la profession, par les Unions légalement désignées pour cela, puisse avoir les mêmes données que les Caisses pour combattre, lutter contre les enquêtes des Caisses, qui, sans contre-pouvoir, continueraient à gérer seules ce qu'elles appellent le «risque» maladie.

Le décret d'application pour la transmission des données avec les Unions n'est pas écrit parce que le Ministère ne veut (ne sait ?) pas le rédiger, connaissant mal les particularités médicales dans le champ informatique, et que les syndicats sont en désaccord entre eux et avec les Unions (cf. MG France) sur la manière d'inciter les médecins à transmettre toutes leurs données **volontairement** aux Unions. C'est là que ça bloque.

Ainsi il faut que les médecins s'informatisent pour transmettre aux Caisses et aux Unions dans la transparence afin d'organiser un contre-pouvoir aux Caisses.

Si nous n'acceptons pas, seules les Caisses auront les moyens de gérer le risque maladie et il ne restera aux médecins comme contre-pouvoir que la gestion privée de réseaux, forfaits par malade etc., ce qui ne nous plaît guère !

Derrière l'enjeu éthique, il y a un enjeu politique formidable; les deux défis peuvent être relevés si on agit sur les deux registres, ensemble.

Étienne ROUEFF (Annecy)

Actualités professionnelles

L'enveloppe globale en psychiatrie

Les spécialistes, on le sait, se seraient montrés «mauvais élèves» en 1997 au regard de l'objectif de dépenses qui leur avait été assigné. Le dépassement se serait monté à 310 millions, dont 140 millions pour les honoraires (soit 0,6 % par rapport au taux d'évolution «autorisé» de 1,1 %...). Donc les spécialistes ont été «punis», n'ont eu droit ni à «prime», ni à augmentation de leurs lettres clé, et se sont vu imputer leur dépassement sur l'objectif 98... Quelle arithmétique : les radiologues, à cette occasion, ont été montrés du doigt (400 millions de dépassements) et promis à des redressements de nomenclature.

Mais l'UCCSF a voulu y regarder de plus près, spécialité par spécialité - ce qui a permis de pointer les psychiatres parmi les «dépasseurs» (pour 16 M F !) en oubliant au passage de faire la balance avec les neuropsychiatres (moins 41 M F), ce qui eut permis d'attribuer ces variations à la balance démographique (les neuropsychiatres sont des «dinosaures» en voie d'extinction...) et surtout de classer au contraire les psychiatres dans leur ensemble parmi les «bons élèves» - ce dont le contrôle médical national s'était félicité verbalement (inquiet qu'il était de l'incidence du remplacement du K 15 pour le CNPsy 0,8 en établissements...). D'autres estimations ont même chiffré «les économies» que nous aurions réalisées à 80 M F (au lieu des 7 M F attendus !) - mais ce chiffrage reposait notamment sur des projections, toujours discutables.

Avons-nous lieu d'être fiers de nos résultats ?

Il n'y a pas de motif, à notre sens, à épiloguer sur ces chiffres. Avant tout parce que leur fiabilité est incertaine (les services statistiques de la CNAMTS ne sont même pas assurés de leur comptabilité globale pour 1995 et 1996 !). Rien ne nous garantit que dans 2 mois où dans 6, on ne va pas subitement nous imputer de plus «mauvais» résultats. De toute façon, cela n'aura aucune incidence sur notre rémunération : l'ensemble des spécialistes est voulu par les instances syndicales intercatégorielles comme un groupe indissociable et «solidaire», quelle que soit son hétérogénéité de pratiques et de revenus - nonobstant quelques tentations à l'UCCSF de dissocier les chirurgiens... On dira, sur ce point, que l'heure étant à une remise en cause globale de l'exercice spécialisé, cette attaque frontale interdit l'éparpillement des troupes (ce qui n'exclut pas de travailler sur les **«conditions particulières»** propres à la psychiatrie).

Mais au delà de ces considérations tactiques, se pose pour nous, psychiatres, un problème complexe : la stagnation, voire la régression de nos résultats seraient-elles dues à un effort de réduction délibéré de notre activité, ce qui serait grave au regard des besoins non satisfaits ? Ou à une freination de la demande, ce qui refléterait une plus grande difficulté d'ordre économique chez les patients pour accéder aux soins ? Ou encore cela traduirait-il une saturation de notre capacité de prise en charge, liée au problème démographique (de tous côtés, du côté de la province «profonde» nous revient l'écho d'une surcharge de travail à la limite de l'ingérable ?). Là sont les vraies questions, que nous nous efforçons de faire entendre aux tutelles.

«L'affaire» Potencier

Un certain nombre de nos collègues se sont vivement émus des déclarations du Dr. Potencier, psychiatre des hôpitaux président de la Conférence nationale des présidents de CME des CHS, dans le **Bulletin de l'Ordre des Médecins** de février 1998, expliquant la crise de la psychiatrie hospitalière en terme d'effectifs. En effet, à côté d'une perte de maîtrise structurelle, il met en cause, largement, l'attractivité financière de la pratique psychiatrique de ville.

Ainsi le Dr Alain SULLEROT (Sens) écrit :

«J'ai été particulièrement scandalisé que notre confrère affirme que les psychiatres privés auraient une rémunération qui, selon ses dires, dans les mois qui suivent l'installation, passerait entre 32.000 et 36.000 francs, et trois ans plus tard jusqu'à 72.000 francs. Il apparaît clairement que ces chiffres sont de l'ordre du fantasme, notre confrère étant sans doute soucieux de rétablir la rhétorique éculée de la lutte des classes, entre le «pauvre» psychiatre hospitalier et le «riche» privé. Il serait de bon ton de rappeler à ce confrère... que la rémunération des psychiatres privés est la plus faible du corps médical, que ces derniers ne bénéficient pas d'horaires de fonctionnement aussi confortables que leurs collègues du public.

Dans les circonstances actuelles, ceux qui sont amenés à entretenir des luttes internes à la profession feraient bien mieux d'axer leurs efforts vis-à-vis des véritables tutelles.»

Même réflexion chez le Dr Michel BEDAT (Compiègne) qui estime que :

«Cela serait écrit dans V.S.D., PARIS-MATCH, ou GALA ... ! nous pourrions hausser les épaules, mais dans le bulletin de l'Ordre qui se veut le «journal officiel» de la médecine, cela me parait inadmissible, surtout lorsque l'on sait que chaque sondage sur les revenus médicaux nous situe toujours en bas de l'échelle, après les généralistes...»

L'interview incriminée pointe par ailleurs, sans doute avec une vigueur insuffisante, les effets d'un numerus clausus excessif en psychiatrie sans prise en compte des besoins effectifs. Il n'en reste pas moins irritant de voir ressortir des «fantasmes» économiques qui depuis 30 ans ont la vie dure alors que la simple consultation des statistiques, pour une fois, suffirait à les démanteler. Mais depuis quand la réalité prévaudrait sur l'imaginaire, même chez les psychiatres ?

Sureffectif ou sous-information ?

Désinformez, désinformez, il en restera toujours quelque chose...

A la demande du Ministère de la Santé se réunit un groupe de travail sur la démographie des spécialistes en sous-effectif hospitalier (psychiatres, radiologues, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes réanimateurs).

Pour ce qui concerne la psychiatrie, le groupe aurait «constaté» que c'est la psychiatrie de ville qui est «pléthorique» aux dépens de l'hôpital - ce qui a fait dire à Christian Le Goff, président de l'U.MES.PE : «On ne voit pas bien comment on pourrait prendre des mesures spécifiques puisque, jusqu'à présent, l'installation en secteur libéral est totalement libre». (Compétences Médicales, 22 janvier 1998).

Tout le monde travaille en fait sur des affirmations premières et péremptoires que personne ne vérifie. Qui a décidé qu'il y avait pléthore de psychiatres libéraux ? Quel syndicat a été consulté sur ce point ? Quelle étude des besoins a été diligentée avec un minimum de pertinence ? Qui s'est soucié d'évaluer le service rendu selon le mode d'exercice ? L'existence de déséquilibres démographiques entre régions est, à la rigueur, la seule assertion qu'on puisse avancer avec quelque validité.

Le Ministère a réduit drastiquement le nombre des psychiatres en formation et mène une curieuse politique en matière de titularisation hospitalière : est-ce cohérent par rapport au problème posé ?

Nomenclature : cotation des sismothérapies

Dans la suite des négociations qui ont abouti au remplacement de la cotation K 15 par un CNPsy 0,8, il avait été convenu entre les parties (S.N.P.P. et S.P.F. d'un côté, Contrôle médical national de la CNAMTS de l'autre) d'explorer la possibilité de certains ajustements de la Nomenclature dans la perspective d'une meilleure cohérence, en attendant les révisions globales de celle-ci pour la psychiatrie à partir de l'an 2000.

Dans ce cadre, et à partir des observations produites pas nos deux syndicats, la Caisse a décidé de proposer le remplacement de la cotation actuelle de la sismothérapie (K 8 pour le psychiatre, K 25 pour l'anesthésiste) par un K 14,5 pour le psychiatre (sans changement pour l'anesthésiste) pour éviter toute «distorsion importante dans la hiérarchie des actes». En effet, les situations cliniques dans lesquelles est utilisée la sismothérapie correspondent à celles entraînant l'application du CNPsy 0,8 - mais le recours à cette dernière cotation, qui aurait été justifiée, ne permettrait pas à l'établissement de bénéficier du FSY (forfait d'environnement) qui est réservé aux actes côtés en K.

Cette modification n'est pas encore applicable pour l'instant car elle doit être homologuée par la Commission permanente de la Nomenclature dont la prochaine réunion n'est pas prévue avant le mois de mai 1998.

Psychothérapies : circulaire Sournia

Rappel d'un texte fondamental de 1974 : la circulaire Sournia
(extrait de PSYCHIATRIES N° 15, mai-juin 1974)

La question des psychothérapies, de leur cotation et de leur remboursement, reprend une actualité "brûlante", avec l'ouverture ces deux dernières années de plusieurs contentieux, d'ailleurs contradictoires.

Comme en ce débat nous faisons souvent référence à la "Circulaire Sournia", de 1974 sans que chacun dispose de ce texte, il nous a paru opportun d'en rééditer la teneur, ainsi que celle du communiqué du S.N.P.P. qui l'avait accompagné.

Gérard Bles.

Communiqué du S.N.P.P.
concernant le remboursement des psychothérapies individuelles (21.5.1974)

Le 20 mai 1974, les Docteurs J. Angel, président, et G. Bles, secrétaire général du S.N.P.P., ont été reçus par M. le Professeur Sournia, médecin conseil national de la CNAMTS.

Ils étaient venus présenter le nouveau syndicat au Professeur Sournia, lui exposer les grandes lignes de leur projet de travail, et aborder sans plus tarder les questions litigieuses les plus préoccupantes pour les psychiatres privés. L'entretien s'est déroulé dans un climat de compréhension et de cordialité qui doit être souligné.

Le problème le plus urgent à résoudre était sans conteste celui des nombreuses difficultés rencontrées ces derniers mois par nos collègues et leurs malades pour la prise en charge et le remboursement des psychothérapies individuelles, refusées pour des motifs d'**ordre administratif** : acte non inscrit à la nomenclature, refus ou limitation d'actes en série, refus ou limitation des consultations en série - voire inquisition sur la méthodologie utilisée, etc.

Comme une première entrevue, en février 1974, avec le docteur Girard, médecin conseil régional de la Caisse parisienne, nous l'avait laissé espérer, et nonobstant les avis contraires d'autres caisses régionales, le médecin contrôleur national a pris devant nous une position sans aucune équivoque :

- la séance de psychothérapie individuelle constitue une authentique consultation psychiatrique, est consubstantielle à cette consultation, et n'a pas à en être distinguée par le contrôle médical ou la direction administrative des Caisses;
- rien dans la nomenclature et la réglementation en vigueur n'impose qu'une consultation soit suivie de prescriptions médicamenteuses;
- rien dans la nomenclature et la réglementation en vigueur ne fixe de limitation au nombre et à la

répétition des consultations.

Donc, EN PRATIQUE :

1° Il n'y a ni entente préalable à demander, ni "information" particulière à donner au contrôle médical pour la pratique de CNPsy ou CPsy répétées ou en série.

2° Le fait que la consultation ne soit pas accompagnée de l'ordonnance de médicaments ou de prescriptions quelconques n'en change pas la nature.

3° De toute façon, tout "distinguo" avancé par une caisse entre séance de psychothérapie individuelle et consultation est sans fondement juridique ou réglementaire, et de ce fait ne peut constituer un motif de refus de prise en charge ou de remboursement.

4° La limitation des consultations dans leur nombre et leur répétition est également sans fondement (certains contrôleurs avaient, ces derniers temps, accordé par exemple le "droit" à une consultation hebdomadaire...).

Comme le Professeur Sournia l'a bien souligné, toutes les difficultés actuelles reposent sur une interprétation abusive du texte de la nomenclature. Une circulaire va être adressée incessamment par le contrôle médical national à toutes les instances régionales et locales pour faire cesser les procédures illégitimes en cours et prévenir de nouvelles erreurs.

Le 22 mai, le médecin conseil national diffusait aux médecins-conseils régionaux, sous la référence M.C.N. 1029, la lettre circulaire suivante confirmant l'essentiel de la teneur de notre communiqué :

Circulaire CNAMTS M.C.N. 1029 du 22 mai 1974

Certaines difficultés s'étant élevées entre médecins psychiatres et médecins conseils à propos de la psychothérapie individuelle, je crois nécessaire de vous préciser certains points :

1° La nomenclature générale des actes professionnels ne fait mention d'aucun "acte de psychothérapie individuelle". L'action thérapeutique exercée par le psychiatre sur son malade s'exerce au cours d'une consultation et doit être honorée comme une consultation.

2° La nomenclature générale des actes professionnels ne porte aucune mention de "consultations en série". Dès lors aucune demande d'entente préalable n'est exigible pour une psychothérapie. Bien entendu, l'intervention des médecins conseils est toujours possible devant les anomalies éventuelles du comportement professionnel de certains psychiatres (par exemple pour des consultations anormalement fréquentes, ou prolongées sur une période anormalement longue, etc.). La plupart des difficultés doivent facilement s'aplanir par un entretien avec le praticien et éventuellement avec le malade.

3° Le médecin-conseil n'est justifié à donner un avis défavorable au remboursement d'une consultation non suivie de prescription que dans des cas très particuliers : par exemple s'il a la preuve que cette consultation a été provoquée par une circonstance où l'assurance maladie n'a pas à intervenir (un examen avant la souscription à une assurance vie, ou en vue de l'obtention du permis de conduire, etc.), ou encore s'il estime que des consultations sont cotées à la place d'actes de valeur inférieure à C.

En dehors de cas semblables, aucun texte ne lie le remboursement d'une consultation à la concomitance d'une prescription. Dans le cas de la psychothérapie qui comporte des consultations étalées sur un temps assez long, il serait absurde d'exiger que chaque consultation fût suivie d'une prescription.

Déremboursement du Lysanxia 40

Communiqué du Syndicat National des Psychiatres Privés du 12 février 1998

C'est d'abord par la grande presse que les praticiens, et les psychiatres avec eux, ont appris la décision ministérielle de supprimer le remboursement du **Lysanxia 40**, avec comme raison avancée par le **Comité économique du médicament** le constat de prescriptions à des doses supérieures à celles préconisées par l'A.M.M. dans 25 % des cas, entraînant «une surconsommation… qui comporte des risques pour la santé publique» et se traduisant «par des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie».

Nous passerons sur la méthode qui fait des prescripteurs les derniers informés de la mesure dont on a attendu apparemment un effet choc, à portée dissuasive, sur le public.

Le S.N.P.P. souligne par contre que la profession, à quelque niveau que ce soit, n'a pas été préalablement saisie du problème avancé, au moins pour avis, au mieux pour concertation sur les mesures à adopter pour correction éventuelle des modalités prescriptives.

Mais surtout, le S.N.P.P. est frappé par la nature de la décision prise. De deux choses l'une :

• ou bien il est démontré que la forme galénique incriminée est **dangereuse**, et dans ce cas elle doit être purement et simplement retirée de la pharmacopée (ce qui est arrivé pour d'autres molécules);

• ou bien elle ne l'est pas en soi, mais ferait l'objet d'un **mésusage** (ce qui doit être prouvé en tant que réalité clinique et pas seulement comme infraction réglementaire) : l'autorité sanitaire dispose alors de tout un arsenal pour rectifier ce mésusage, depuis l'information jusqu'à l'arsenal répressif mis en place en particulier depuis les Ordonnances de 1996 en passant par la vérification des prescriptions par les pharmaciens qui délivrent le produit.

Or l'autorité de tutelle n'a adopté ni l'une ni l'autre de ces démarches mais a engagé une mesure purement économique de déremboursement, pénalisant en principe les seuls malades, ce qui ne règle ni la question de la santé publique, ni celle des dépenses de l'Assurance Maladie (en l'occurrence et pour le cas particulier infimes) – à moins que, comme on le laisse entendre, cela ne prélude à une attaque plus généralisée contre les anxiolytiques, voire les psychotropes en général, qui les ramènerait de fait au statut de «médicaments de confort».

L'incohérence va plus loin puisque le remboursement est maintenu pour la prescription hospitalière (collectivités) alors même qu'elle est souvent très lourde, pour des raisons au demeurant cliniquement justifiables.

De nombreux psychiatres de ville se sont montrés choqués, quant à eux, par une décision qu'ils estiment non seulement absurde mais aveugle. Ils ne sont pour leur part, rappelons-le, responsables que de 20 % de la prescription des psychotropes. Mais les malades qu'ils ont en charge présentent souvent des difficultés psychiques sévères qui exigent qu'ils puissent, en toute connaissance de cause, disposer de toutes les ressources pharmacologiques en fonction des besoins, avec prudence mais avec efficacité. Ils ne souhaitent pas a priori l'application de mesures discriminatoires en matière de prescriptions, mais exigent en tant que spécialistes d'accéder pour leurs malades à tous les moyens thérapeutiques disponibles, au même titre que le secteur hospitalier.

Cela étant le S.N.P.P. est prêt à participer à tous les travaux épidémiologiques nécessaires, notamment en matière de prescriptions.

Rappelons, pour finir, à quel point la mesure adoptée est dérisoire : en effet, s'il existe en tant que tel, le mésusage est vraisemblablement le fait de malades dépendants qui ne se laisseront certainement pas dissuader par un coût ici relativement faible, pas plus qu'on ne les empêchera de consommer en excès des formes galéniques plus faiblement dosées mais cumulables !

La psychiatrie, depuis 45 ans, a fait de considérables progrès du fait même de l'apparition et de la diversification des psychotropes. Il est inconcevable de traiter aujourd'hui de leur utilisation avec superficialité et inconséquence, a fortiori en ne ramenant celle-ci qu'à une problématique comptable.

La permanence médicale en clinique psychiatrique (établissements régis par l'annexe XXIII)

Gérard Bles

Les difficultés rencontrées depuis des années quant à la dévolution de la responsabilité et de la charge financière induites par l'organisation de la «permanence médicale» paraissent à notre sens dépendre avant tout de la confusion entretenue sur la portée juridique des textes auxquels on peut en l'occurrence faire référence – confusion qui n'est malheureusement pas seulement le fait des opérateurs eux-mêmes, mais, dans divers contextes, de tel ou tel représentant de l'administration (DDASS) ou des CPAM.

1 - L'obligation d'une **permanence médicale** dans les cliniques accueillant les malades mentaux est d'ordre **réglementaire**, édictée dans l'Annexe XXIII. Elle a pour caractéristiques

- de concerner exclusivement ce type d'établissements,

- de faire appel à des praticiens docteurs en médecine ou titulaires d'une licence de remplacement mais qui n'ont pas à être qualifiés en psychiatrie,

- de rentrer dans les critères de classement de la clinique, et donc d'être prise en compte dans l'établissement du prix de journée.

Son organisation incombe à la direction de l'établissement. Elle induit un lien de subordination entre employeur et prestataires.

2 - L'annexe XXIII prévoit également la présence d'un directeur médical qualifié en psychiatrie, sans édicter d'autres normes. L'arrêté de décembre 1977 régissant le classement des établissements prend en compte de son côté le planning médical mais sans fixer non plus de normes, même si, dans son application, l'obtention de la catégorie A est liée notamment à l'existence d'un système d'astreintes.

3 - L'article 20 de la NGAP fixe quant à lui, comme tous les articles de la Nomenclature, les honoraires médicaux auxquels peuvent prétendre les praticiens libéraux en assignant une valeur (cotation) aux divers actes qu'ils effectuent et en décrivant la nature et les conditions de réalisation de ces actes.

Dans ce cadre, l'article 20 définit les conditions dans lesquelles peut être côté l'honoraire dit de surveillance.

Deux points sont à souligner dans cet article :

* La notion de «surveillance **constante**» : elle paraît souvent mal interprétée, en introduisant une confusion avec la règle de permanence médicale précédemment évoquée. A notre sens, le terme de «constant» ne se rapporte pas à une notion de durée, qui serait contradictoire avec celle d'acte, propre au praticien libéral, mais renvoie au caractère «**habituel**» de l'activité du praticien dans l'établissement considéré (comme peuvent le confirmer les contentieux en matière d'application de la Nomenclature en établissements de soins), activité dite **habituelle occasionnelle** d'un praticien extérieur à l'établissement, tel le psychiatre traitant de ville qui dispose alors de la faculté de coter VNPsy ou CNPsy dans des conditions rigoureusement limitées.

Dans le cadre de cette activité habituelle, le praticien organise librement le temps et les conditions de ses interventions, sans lien de subordination avec l'établissement.

* L'apparition d'une norme **numérique** concernant les praticiens qualifiés en psychiatrie («au moins un médecin pour 30 malades») : cette norme conditionne la possibilité de coter le C de surveillance parce que («étant entendu…») «un seul spécialiste ne peut prétendre avoir examiné plus de 30 malades (en établissement…) au cours d'une même journée». Cette norme concerne strictement l'application de la Nomenclature et n'a pas d'autre valeur réglementaire, contrairement à la manière dont on peut parfois y faire référence. Il n'appartient en aucune façon à la NGAP de fixer des normes d'ordre sanitaire.

C'est donc par mésusage des textes que l'on tend parfois à amalgamer «permanence médicale» et «surveillance constante». La permanence médicale n'est pas une obligation des praticiens, même s'ils y contribuent indirectement en coordonnant librement leurs temps d'intervention, sans lien de subordination à l'établissement.

Gérard BLES

Vie régionale

AQUITAINE

Un séminaire : Des écritures à déchiffrer

Ce séminaire se propose d'interroger la problématique de l'écriture dans ses divers aspects (ethnographiques, anthropologiques, cliniques) afin de formuler la question de l'inscription subjective du point de vue de la structure. Il s'agit donc à la fois de préciser des points de doctrine (par exemple la formulation topologique) et des points de pratique (ainsi des troubles cliniques de l'écriture et de l'usage de l'écriture dans la pratique clinique).

Ce séminaire a commencé à l'automne 97, à un rythme quinze jours, hors vacances scolaires. Sa durée sera d'au moins une année, certainement beaucoup plus, de part le caractère vaste de la question tant d'un point de vue encyclopédique que clinique. Son lieu, le collège Universitaire Saint Dominique, 20 rue de Ayres - 33082 Bordeaux Cedex. Tel : 05 56 01 60 96 - Fax : 05 56 01 09 25.Emai : cusd@infonie.fr qui fixe les modalités d'inscription.

Michel ALLEGRE (Pessac)

CHAMPAGNE ARDENNES

Association Régionale de Formation Continue

Depuis 1997 les psychiatres privés de la région Champagne-Ardennes ont décidé de se regrouper en Association régionale de Formation Continue (A.R.D.P.F.).

La grande majorité des psychiatres de la région y ont adhéré et ont défini les axes de travail de cette association :

- organisation des formations au sein de l'association;

- défense de la spécificité et de la pluralité des formations de chacun d'entre nous;

- mise en place d'une activité de formateur, pour ceux qui le souhaitent, avec l'appui de l'ARDPF.

Tout cela en tenant compte de la nécessité de comptabiliser les «points» qui sont exigés dans le cadre de la Convention.

L'ARDPF ne sera assujettie à aucun organisme ou entreprise même si elle accepte en son principe un éventuel soutien financier propice à son développement. Les psychiatres, quelles que soient leurs pratiques, n'ont pas attendu les directives gouvernementales pour se former et n'hésitent pas à y consacrer une part non négligeable de leur temps et de leurs finances. Face à la nouvelle législation et aux directives concernant la formation continue, nous avons le souci d'exprimer nos choix et nos particularités dans ce domaine. Autant régionalement que vous nationalement nous avons besoin de rassembler nos forces pour définir et défendre la spécificité de nos formations...

Annie DOUCE (Présidente)
Thierry DELCOURT (Secrétaire)

Une lettre au CRFMC

Notre «Association Régionale des Psychiatres Pour la Formation» finalise son programme de formation pour 1998 et élabore celui de 99.

Nous aimerions vous rencontrez pour vous informer des partis que nous avons pris et des moyens particuliers que notre exercice professionnel spécifique réclame. Nous avons lu dans la presse les objectifs de santé publique et la liste des sujets prioritaires avec lesquels il est possible d'orienter notre démarche. Cependant une information réciproque est nécessaire au moment où cette formation se met en place.

La question des «points» est présente, mais aussi celle de l'efficacité réelle des formations et leur finalité. Les discussions de méthodologie et des évaluations validentes sont loin d'être définitivement closes, et vous pouvez nous apporter un éclairage sur le point actuel du problème. De même nous pouvons vous préciser les points spécifiques des formations personnelles des professionnels, des traitements des affections psychiques ainsi que les conditions de cadre de cet exercice professionnel.

Le modèle médical et/ou scientifique dont la pertinence n'est plus à démontrer, reste une référence obligée, mais ne couvre pas totalement sont objet.

L'ARDPF regroupe presque tous les psychiatres privés de la région. Ceux-ci avaient déjà une longue tradition de formation interpersonnelle et institutionnelle. Les nouvelles conditions faites à l'exercice professionnel nous invitent à formaliser ces formations (ainsi que celles que cette démarche fait naitre) sous une forme compatible et cohérente avec la recherche des confrères des autres disciplines. L'enrichissement réciproque en sera certainement la conséquence.

Jacques BARBIER (Reims)

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Réunion générale DRAFPEP - SNPP LR, mardi 9 décembre 1997

La première partie de la réunion est consacrée à la présentation brillante du concept de médicament générique par le docteur Ghislain Crassard : la molécule ayant repris sa dénomination commune internationale (DCI) après 20 ans d'exploitation et d'expérimentation de son brevet repasse la procédure d'accréditation à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et peut alors être commercialisée entre 15 et 40 % moins chère que la spécialité originale. Ce marché reste, en France, très faible en valeur comme en quantité (5 %) comparativement à nos voisins européens (25 %) et aux américains ou japonais (40 %).

La discussion qui s'en suit est passionnante car elle met en lumière le caractère insidieusement pernicieux du protocole d'AMM qui, tout en favorisant le développement du générique pour de soit-disantes économies budgétaires en matière de protection sociale, laisse par ailleurs grimper les prix des spécialités et molécules nouvelles, et ceci à l'intérieur des mêmes groupes industriels pharmaceutiques. Il est aisé de constater que l'incitation conventionnelle (inscrite au cahier des charges) n'est que l'illustration du caractère illusoire de la réforme qui nous est par ailleurs imposée par les Ordonnances d'avril 96.

La deuxième partie de la réunion, consacrée aux informations et aux évolutions de la pratique professionnelle a donné lieu, au travers de la «**Déclaration du 19 octobre**» et du texte sur l' «**Interformation**», publiés par l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P., à de nombreux échanges témoignant d'un consensus d'idées en harmonie avec ces prises de position syndicales. Plus particulièrement il apparaît que nos confrères apprécient la **recherche de conditions particulières dans la convention pour la psychiatrie**. Même attitude relative au **refus de signer le contrat pour l'informatisation des cabinets**. Ils approuvent la création d'une Fédération d'Associations de F.M.C. de psychiatrie privée telle que l'A.F.P.E.P. - L.R. en Languedoc-Roussillon.

En ce qui concerne la vie de la délégation régionale A.F.P.E.P. du Languedoc-Roussillon, l'idée d'accueillir un prochain Bureau national décentralisé de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P. est bien accueillie. Elle pourrait se concrétiser à l'occasion du colloque organisé par l'association FMC Isadora (Clinique St-Martin de Vignogoul près de Montpellier) sur le thème «Soin et Psychose : question de temps» qui aura lieu au Corum (centre des congrès) à Montpellier les 8 et 9 mai 1998.

Par ailleurs, le Bureau de la délégation régionale s'est enrichi, après sollicitation de candidatures en vue de son prochain renouvellement, de l'engagement de deux confrères particulièrement appréciés, les docteurs Chantal Zanone (Montpellier) et Jean-Jacques Xambo (Villeneuve-les-Avignon). Leur participation non seulement nous encourage mais surtout nous honore. Nous leur souhaitons la bienvenue à la DRAFPEP - LR.

Paul LACAZE