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

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

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

- l'**Appel aux médecins de France** (3 décembre 1995), qui a recueilli plus d'un millier de signatures;

- la **Manifestation du 17 décembre 1995** lors de laquelle le S.N.P.P. fut largement représenté;

- la **Déclaration du 24 mars 1996**, que le S.N.P.P. a diffusée notamment à tous les psychiatres privés, aux médias et à près de 1500 élus et responsables politiques;

- la **Grève de protestation du 24 avril 1996** lors de la promulgation des Ordonnances Juppé;

- le symposium du **XXV° Anniversaire de l'A.F.P.E.P**. sur L'avenir de la psychiatrie privée (11 et 12 mai 1996) à l'éclairage de 25 ans d'expérience et de recherche;

- l'envoi des **Consignes syndicales** face aux conséquences des Ordonnances, le 3 juin 1996;

- le **Recours en Conseil d'État** contre l'Ordonnance du 24 avril relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, déposé le 24 juin 1996 et toujours en cours d'instruction;

- les **XXVI° Journées nationales de la psychiatrie privée** à l'Ile de Ré, du 4 au 6 octobre 1996, consacrées à la prévention en psychiatrie;

- la **Grève nationale du 17 octobre 1996**;

- la **Grève des spécialistes du 7 au 11 novembre 1996**;

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

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

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

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

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

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

Gérard Bles - Martine Burdet-Dubuc

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

Contexte actuel

Le triomphe du principe économique

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

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

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

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

Le plan Juppé n'est que l'aboutissement d'une vision de l'assurance maladie étroitement subordonnée à des impératifs économiques. La profession médicale s'avérant inapte - ou refusant résolument - à «gérer la pénurie», notamment en s'auto-sanctionnant (ce que déplorait déjà Monsieur Barrot en 1979), suspectée de surcroît de se livrer surtout à des manoeuvres dilatoires (serait-ce en promouvant la «maîtrise médicalisée»), le gouvernement réalisait enfin le vieux projet d'une enveloppe globale, d'une maîtrise comptable des dépenses de soins, en mettant en place, sous le couvert d'une supposée impéritie des médecins, un mécanisme authentiquement répressif, comme en témoigne par exemple non seulement le système des quotas avec reversements, mais également la mise en place des véritables tribunaux d'exception que sont les Comités Médicaux Régionaux, dont la composition ne laisse aucune chance au praticien de bonne foi de se défendre au nom d'arguments médicaux.

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

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

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

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

Propositions de l'Assemblée Générale

Dispositions conventionnelles spécifiques
Il est donc clair pour tous que, quelle que soit l'évolution de la situation au niveau conventionnel, de très graves menaces pèsent sur l'exercice de la psychiatrie privée. Que nous nous trouvions dans le cas de conventions séparées, généralistes et spécialistes, ou d'une convention unique visant à renforcer la normalisation des actes, il faudrait dès à présent introduire la nécessité de dispositions spécifiques à l'exercice libéral en psychiatrie.

Ces dispositions spécifiques seraient les suivantes :

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

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

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

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

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

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

Que négocier et comment ?

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

Une première idée pourrait être de proposer un accord prix-volume, la valeur du CNPSY étant revalorisée en contrepartie d'un plafonnement des actes. Cette hypothèse n'est cependant pas sans poser de graves problèmes. Dans un contexte où la plupart des psychiatres libéraux ont déjà du mal à faire face à une demande de soins en forte croissance, dans lequel, en outre, le nombre de psychiatres en formation a été dramatiquement diminué, un plafonnement de l'activité risquerait fort d'entraîner une exclusion d'un nombre important de patients du système de soins psychiatrique privé, ce qui serait inacceptable. Une telle hypothèse ne pourrait donc s'envisager qu'à condition de veiller à éviter ce risque par une prise en compte vigilante des

besoins.

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

Conclusions

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

Jean-Jacques LABOUTIERE

MOTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

MOTION 1

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

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

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

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

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

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

Unanimité, une abstention.

MOTION 2

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

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

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

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

Unanimité, une abstention.

MOTION 3

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

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

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

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

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

Unanimité, deux abstentions

MOTION 4

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

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

Une voix contre, trois abstentions.

MOTION 5

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

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

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

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

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

Unanimité, deux abstentions.