Nomenclature et psychiatrie libérale

Jean-Jacques Laboutière

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

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

G.B.

1 Position du problème

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

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

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

L'acte psychiatrique et ses nécessités techniques

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

clinique ne se manifestera qu'après que cette relation soit déjà nouée.

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

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

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

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

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

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

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

lettre clé de crainte que ne se dévoile aussitôt les raisons qui ont pu conduire à cette inflexion de la thérapeutique.

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

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

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

Les dangers du démantèlement du CNPSY

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

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

L'exemple des prescriptions de médicaments en psychiatrie est, à ce titre, très éclairant. Toutes les études réalisées à ce sujet, et particulièrement le récent rapport du Pr. Zarifian, montrent que les psychiatres

prescrivent généralement peu, presque toujours à bon escient, et ne sont responsables que d'une faible part de la dépense totale en médicaments psychotropes, le reste étant essentiellement prescrit par les généralistes. Un tel écart ne s'explique pas seulement par une meilleure connaissance des médicaments prescrits de la part des psychiatres ni de l'effectif plus important des populations prises en charge par les généralistes; il s'agit bien là du constat que les prescriptions des psychiatres s'inscrivent dans une relation thérapeutique déjà élaborée. De manière plus précise, la prescription du psychiatre n'est qu'une manière, en cas de besoin, de conclure une rencontre, mais c'est bien cette rencontre qui constitue dans ce cas l'acte médical; en revanche, la prescription du généraliste, si fondée qu'elle puisse être sur le plan médical, se veut souvent un acte médical en soi, au risque, le plus souvent, de ne devenir pour le patient que le prétexte d'une demande de rencontre jamais réalisée.

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

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

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

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

Complexité de l'acte psychiatrique

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

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

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

Comment appliquer ces critères à ce qui se réalise lors de la **rencontre** entre le patient et le psychiatre ? Le

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

L'**effort mental** est bien réel si l'on entend par là le travail d'attention, de disponibilité, d'élaboration réalisé au cours d'un entretien. Quant au **stress,** qui peut se comprendre comme l'ensemble des facteurs qui sollicitent personnellement le praticien durant la rencontre, il existe toujours dans la réserve des expressions affectives, la recherche de la bonne distance, la retenue du passage à l'acte, en un mot dans tout ce qui concerne le contre-transfert. La complexité de l'acte psychiatrique résiste donc à ce découpage artificiel.

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

Conclusions

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

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

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

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

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

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

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