

Courrier à M. F. Van Rookeghem, directeur de l'UNCAM

Jean-Jacques Laboutière et Yves Froger

Monsieur le Directeur,

Le rapport sur l'avenant conventionnel pour la psychiatrie vient d'être rendu public. Ce rapport était nécessaire puisque les psychiatres, par la voix de deux organisations professionnelles différentes, sont divisés entre deux positions :

- D'une part le Syndicat des Psychiatres Français souhaite la limitation de l'accès spécifique ; du fait de son affiliation aux centrales signataires, il est représenté dans les négociations conventionnelles.
- D'autre part, le Syndicat National des Psychiatres Privés, que nous représentons, milite au contraire pour le maintien de l'accès spécifique total. Il n'est plus représenté dans les négociations, puisqu'il a logiquement rompu ses attaches avec la CSMF qui, pour des raisons qui lui appartiennent, ne tenait pas compte de son point de vue.

Nous vous remercions cependant de nous avoir reçus et écoutés tant que les centrales signataires ne se sont pas opposées à ce que nous poursuivions un dialogue qui aurait pu être constructif. Cette opposition est d'autant plus regrettable que notre représentativité parmi les psychiatres libéraux est au moins égale à celle du Syndicat des Psychiatres Français puisque nos effectifs sont comparables alors que, contrairement à ce dernier, nous représentons exclusivement la psychiatrie privée.

Mais, au-delà de tout esprit polémique, une question fondamentale demeure : ce rapport va-t-il dans le sens de l'intérêt des patients ? Nous vous rappelons que ce point est resté notre seule préoccupation tout au long de ce débat, et que nous y avons sacrifié toute considération de revalorisation d'honoraires, reportant cet aspect des choses à la mise en place de la CCAM des actes de consultation, dont nous n'avons pourtant actuellement aucune garantie qu'elle se fera.

Dans cette phase ultime de la négociation, il nous semble indispensable de vous exprimer notre opinion sur ce rapport.

Le rapport valide la position du S.N.P.P.

L'intégralité du rapport part d'un constat : la coordination des soins telle qu'elle est définie dans le texte conventionnel est inapplicable en psychiatrie. C'est ce que nous avons toujours soutenu et c'est pourquoi nous avons revendiqué un accès spécifique total.

À cet égard trois points méritent d'être soulignés :

Le psychiatre est un praticien de premier recours.

Comme nous l'avons toujours soutenu, le rapport énonce dès le préambule que, bien que la distinction entre premier et second recours soit ardue en psychiatrie, le psychiatre est le premier recours pour tous les patients dont l'état justifie d'une prise en charge psychothérapique. Nous pensons que cette définition est trop limitative mais elle a le mérite de confirmer notre position.

Le psychiatre n'est jamais dans une position de consultant.

Par ailleurs, et c'est aussi un point que nous avons toujours soutenu, le recours au psychiatre ne peut se penser sur le modèle du spécialiste consultant en médecine somatique. Le rapport non seulement le confirme mais va même jusqu'à proposer des modalités spécifiques d'adressage au psychiatre par le médecin généraliste.

Sur ce point, nous ne pouvons qu'être d'accord avec les experts sur le fait qu'un acte de consultant n'a effectivement aucun sens en psychiatrie et qu'une évaluation clinique correcte implique une séquence de plusieurs consultations, cette séquence constituant déjà en elle-même une première phase de traitement, raison pour laquelle il serait absurde d'avoir à attendre six mois avant de pouvoir recevoir de nouveau le patient.

Il existe de fortes réticences à s'adresser d'abord au médecin traitant.

Enfin, l'argumentaire justifiant le maintien d'un accès spécifique pour les moins de 26 ans reprend intégralement notre argumentation. Il existe dans un grand nombre de cas de fortes réticences de la part des patients à s'ouvrir de leurs difficultés au médecin de famille. La crainte fantasmatique d'une rupture de confidentialité est largement sous-évaluée par les médecins généralistes et dans nombre de cas elle s'avère suffisamment puissante pour écarter le patient d'une démarche de soins auprès de ces derniers.

Nous ne pouvons que souscrire à tout ce qui est argumenté pour les moins de 26 ans mais, comme nous l'avons déjà amplement développé, les réalités cliniques vont bien au-delà de cette classe d'âge. En fait, tous les troubles psychiques impliquant une atteinte narcissique déclenchent mécaniquement cet évitement du médecin de famille. Qu'il s'agisse de violences conjugales, de conduites toxiques, de harcèlement dans le cadre du travail, de la crainte fantasmatique de se laisser aller à une violence incontrôlable envers ses proches, de jalousie pathologique ou de bien d'autres troubles encore - sans même parler de tous les tourments de la vie affective qui déclenchent également ce recul devant le généraliste - dès lors que le sujet se sent atteint dans sa dignité personnelle et/ou son image sociale, il est malgré lui en proie à cette crainte imaginaire de rupture de confidentialité de la part du généraliste.

C'est ici la première des raisons pour lesquelles nous avons revendiqué un accès spécifique total en psychiatrie. **Contrairement aux experts chargés du rapport, le S.N.P.P. persiste à penser qu'un accès spécifique total se justifie pleinement en psychiatrie au regard de ces arguments scientifiques.**

Le rapport propose une coordination des soins spécifique.

Mais les fondements scientifiques de notre discipline ne sont pas seuls en cause dans ce débat. D'autres considérations concernant l'organisation générale du système de soins président aux décisions et conduisent les auteurs du rapport à s'intéresser à la coordination des soins.

Plusieurs arguments, de valeur d'ailleurs très inégale, sont avancés sur ce point mais nous ne les discuterons pas un à un puisqu'ils convergent finalement tous vers un seul constat : les médecins généralistes sont trop isolés dans la prise en charge des patients psychiatriques et n'ont le plus souvent d'autre recours que d'instaurer un traitement psychotrope plus ou moins bien adapté à l'état du patient.

Dans l'intérêt des patients, c'est un argument que le S.N.P.P. ne peut qu'entendre mais qui demande cependant deux remarques liminaires.

La première concerne **la disponibilité des psychiatres**, qui est elle-même directement en rapport avec la démographie professionnelle. Voilà déjà six ans, en juin 1999, l'ensemble de la profession - c'est-à-dire les psychiatres publics, universitaires, libéraux et salariés du secteur médico-social - a lancé un cri d'alarme pour mettre en garde les pouvoirs publics face aux perspectives démographiques de la profession. Ce cri d'alarme a été répété à deux reprises, en 2001 lors de la publication du Nouveau Livre Blanc de la Psychiatrie et en 2003 durant les États Généraux de la Psychiatrie. Or, rien n'a été fait jusqu'à l'an passé, date à laquelle est enfin intervenu un relèvement significatif du nombre de postes d'internes en psychiatrie. Mais cette mesure

tardive n'empêchera pas une situation de pénurie au cours des années 2010.

La seconde remarque concerne enfin **la formation des généralistes**. Cette dernière est probablement insuffisante, ne laissant probablement au praticien guère d'autre possibilité qu'une prescription de psychotropes, mais elle est strictement du ressort de l'Université et les psychiatres libéraux ne peuvent en être tenus pour responsables. Partout où ils sont sollicités de le faire, ils participent volontiers à des actions de formation continue pour les médecins généralistes mais la formation continue ne peut pallier tous les manques de la formation initiale.

À ce sujet, le rapport argumente l'intérêt du retour d'information du psychiatre vers le généraliste par le fait qu'il constitue une formation-action du généraliste. C'est de la part des universitaires se dédouaner à bon compte de la responsabilité de former correctement les généralistes à la psychiatrie que de charger ainsi les psychiatres libéraux de cette mission. La formation à la psychiatrie est une affaire sérieuse qui demande du temps, un investissement soutenu tant de la part des formateurs que des sujets en formation, et surtout la possibilité de se distancier de sa pratique pour porter sur elle une réflexion critique dans le cadre de procédures de supervisions ou de travail clinique. Il est inacceptable de justifier la coordination des soins par cette ambition de formation alors que ni les psychiatres ni les généralistes n'en ont actuellement le temps dans le cadre des pratiques réelles. Si l'Assurance Maladie est disposée à financer la formation à la psychiatrie des généralistes par les psychiatres libéraux, d'autres modalités plus adaptées et incomparablement plus efficaces peuvent se trouver, telles que les groupes Balint, les séminaires de travail clinique ou la supervision individuelle.

Ces remarques faites, il demeure incontestable qu'il existe des difficultés d'adressage des patients du généraliste vers le psychiatre et que des solutions doivent être recherchées dans l'intérêt des patients mais il est clair que nous ne pouvons pas assumer des responsabilités qui ne sont pas les nôtres.

Le rapport relève toutefois deux problèmes dont nous ne pouvons que reconnaître l'importance : le risque de désimplication du médecin généraliste dans la prise en charge du patient, et, à l'inverse, la non implication du psychiatre dans le cas de pathologies chroniques uniquement prises en charge par le généraliste.

Dans le premier cas, il est certain qu'un retour d'information est nécessaire afin que le généraliste se sente non seulement partie prenante dans une prise en charge essentiellement réalisée par le psychiatre mais surtout qu'il soit techniquement à même d'adapter son intervention en fonction de l'état du patient.

Dans le second cas, il est effectivement inacceptable qu'un patient soit durablement traité par son médecin généraliste sans la participation d'un psychiatre à la prise en charge et cette prise en charge bifocale implique inévitablement un partage d'informations.

Un possible malentendu doit être levé ici : le S.N.P.P. ne s'est jamais opposé à la coordination des soins. Pour les raisons scientifiques développées plus haut, il a toujours fortement revendiqué – et revendique toujours – le strict respect de la confidentialité dès lors qu'il y a un risque d'entrave à l'accès aux soins. Pour autant, le S.N.P.P. a toujours reconnu la nécessité de partager les informations pertinentes en cas de prise en charge pluriprofessionnelle du patient.

S'il faut expliciter plus précisément la position du S.N.P.P. quant à la coordination des soins, elle pourrait succinctement se définir ainsi. Le partage d'information avec le médecin généraliste doit être encadré par les trois principes suivants : le patient doit bénéficier d'une prise en charge dans laquelle le psychiatre et le médecin généraliste sont tous deux impliqués ; le patient doit donner son accord à ce partage d'information ; enfin les informations partagées se limitent à des données médicales (symptômes, repérage diagnostic et traitements en cours). En revanche il n'y a pas lieu d'informer systématiquement le généraliste s'il ne participe pas à la prise en charge (cas des psychothérapies) et le droit au secret du patient doit en tous les cas être respecté.

Le caractère restrictif de cette conception de la coordination des soins a pu induire une confusion dans l'esprit de nos contradicteurs mais notre revendication d'un accès spécifique total implique clairement que nous nous inscrivons dans le cadre de la coordination des soins.

Le rapport propose l'élaboration d'accords de bon usage des soins pour régler cette question. Cette proposition a le mérite de prendre en compte toute la complexité du problème en psychiatrie et peut-être faut-il en passer par là afin de définir aussi clairement que possible le périmètre des informations médicales partageables avec d'autres professionnels. Cependant, ces accords de bon usage de soins auraient pu tout aussi bien être élaborés dans le cadre d'un accès spécifique total.

Toutefois, sur toutes les questions concernant la coordination des soins, le rapport converge globalement avec la position du S.N.P.P. : la coordination des soins en psychiatrie présente des spécificités et exige une extrême prudence. Si elle doit être formalisée, cette coordination suppose un travail préalable de repérage aussi précis que possible des informations de nature strictement médicales, et donc partageables sous réserve de l'accord du patient, travail qui doit être naturellement mené en partenariat avec les sociétés savantes de la discipline puisque ce sujet dépasse largement le cadre syndical.

Le rapport propose le parcours coordonné de soins

La seule divergence fondamentale que le S.N.P.P. maintient avec le rapport est donc la proposition d'instaurer le parcours de soins en psychiatrie plutôt que de maintenir un accès spécifique total.

À vrai dire, le lien implicite établi dans le texte de ce rapport entre la nécessité d'une coordination des soins et le parcours de soins est assez déconcertant.

En effet, tous les arguments développés se superposent largement à ceux du S.N.P.P. et auraient logiquement dû conduire les auteurs à soutenir la proposition d'un accès spécifique total en psychiatrie, mieux à même de garantir une coordination des soins spécifique à la psychiatrie. En réfutant l'accès spécifique total au profit du parcours de soins, les auteurs du rapport se condamnent à l'élaboration supplémentaire d'accords de bon usage de soins, ce qui sera nécessairement long et complexe.

De surcroît, aucun des trois arguments avancés pour soutenir la proposition du parcours de soins (page 3) n'est convaincant :

- Il est vrai que le généraliste est le premier recours pour nombre de patients mais l'accès spécifique total pour la psychiatrie n'interdit en rien au patient de consulter son médecin généraliste. La nécessité d'un adressage plus facile au psychiatre ainsi que les besoins de coordination qui en découlent n'imposent pas non plus le parcours de soins ainsi que nous l'avons discuté plus haut.
- Il est certes indispensable qu'un patient bénéficie d'une prise en charge somatique de qualité, ce qu'un psychiatre ne peut pas assurer, mais cet argument est difficile à comprendre. En effet, l'accès spécifique total en psychiatrie n'implique absolument pas que le psychiatre prenne en charge le patient sur le plan somatique et il est notoire que, dans le cas de pathologies psycho-organiques, c'est toujours le psychiatre qui réadresse le patient au généraliste et non le généraliste qui détecte l'organicité d'un trouble prenant le masque d'un tableau psychiatrique.
- Enfin, il est exact que le généraliste reste dans bien des endroits le seul médecin disponible pour l'urgence ou un relais rapide après une hospitalisation mais cela ne contre-indique pas non plus l'accès spécifique total qui ne dépossède en rien le généraliste de ce rôle central dans la continuité des soins.

Au total, ces arguments en faveur du parcours de soins semblent assez contournés et détonnent au regard de l'ensemble du rapport qui, comme nous l'avons dit, rejoint globalement notre position. Ce rapport aurait incontestablement gagné en cohérence en proposant un accès spécifique total pour la psychiatrie puisque toute la logique de son argumentaire le poussait naturellement dans cette voie. En revanche, il s'épuise par moments à faire laborieusement entrer dans le parcours de soins, à force d'exceptions et de précautions, ce qui aurait très naturellement trouvé place dans l'accès spécifique total.

Faut-il y entendre un parti-pris en faveur du parcours de soins ? La construction parfois paradoxale du texte autorise à le penser. Fallait-il à tout prix dégager un espace de liberté tarifaire pour les psychiatres ? Peut-être.

Nous nous sommes déjà largement exprimés sur ce sujet : nous maintenons que ce serait la plus mauvaise de toutes les raisons de promouvoir le parcours de soins en psychiatrie.

Le rapport banalise trop rapidement cet aspect des choses en rappelant la possibilité de recours au service public (pourtant tout aussi débordé encore que les cabinets libéraux), l'encadrement et le caractère optionnel des dépassements autorisés ainsi que la protection du patient par l'exonération du ticket modérateur. On peut y ajouter le récent décret du 3 novembre 2005 qui protège également le patient sur le plan financier et dont nous nous félicitons.

Nous l'avons maintes fois répété, parier sur une augmentation de revenus en psychiatrie libérale à travers un mécanisme de dépassement d'honoraires est une erreur à plusieurs titres.

C'est d'abord prendre le risque d'écarter du psychiatre libéral les malades mentaux les plus graves, lourdement handicapés et exclus du monde du travail. Bien que la solvabilité de ces patients soit garantie par l'exonération du ticket modérateur, ces patients ne peuvent être mis en concurrence pour l'accès aux soins avec des patients plus fortunés à même de supporter des dépassements d'honoraires.

En outre, nous maintenons que la psychiatrie est un domaine médical dans lequel le fait de sanctionner le patient pour avoir directement porté sa demande à un spécialiste n'a aucun sens. Recourir à un psychiatre n'est une démarche ni facile ni banale dans la vie de quiconque et ce n'est pas sans y avoir d'abord beaucoup résisté que le patient s'y résout.

Enfin, alors que nous nous battons depuis toujours pour préserver les droits des patients, nous sommes profondément choqués de constater que le secret pourra désormais s'acheter dans le système de soins français, ce qui invalide de fait tout l'intérêt que le rapport aurait pu avoir pour jeter les bases scientifiques et éthiques d'une véritable coordination des soins.

Nous l'avons toujours soutenu : la nécessaire revalorisation des honoraires des psychiatres doit impérativement passer par une revalorisation significative du tarif conventionnel. Quelles que soient les précautions prises, tout autre dispositif, et notamment les dépassements d'honoraires, entraînera mécaniquement à terme une concurrence dans l'accès aux soins entre les patients les plus sévèrement atteints et généralement très démunis sur le plan matériel et les patients qui demeurent socialement bien insérés.

Une question de fond demeure donc posée à la lecture de ce rapport : tout ce débat autour du choix entre parcours de soins ou accès spécifique aurait-il eu lieu si les honoraires des psychiatres ne s'étaient pas érodés aussi sévèrement au fil des conventions depuis la création du CNPsy en 1974 qui, rappelons-le, valait alors trois fois la consultation du généraliste ?

À quelques jours de la signature de l'avenant conventionnel qui scellera le sort des deux millions de patients qui recourent aux soins des psychiatres de cabinet il faut pourtant prendre position.

Le rapport élaboré par les experts reprend les fondamentaux de la pratique et aucun psychiatre ne pourra dire que son argumentaire n'est pas fondé sur le plan scientifique. Vous pourrez vous-même observer que cet

argumentaire recoupe largement celui que nous vous avons remis il y a quelques mois.

En revanche, ce rapport entretient une confusion entre coordination des soins et parcours de soins qui demande à être éclaircie, ce que nous espérons avoir fait.

La coordination des soins est une nécessité médicale. Son application à la psychiatrie demande des précautions particulières. C'est ce que nous avons toujours soutenu et ce que confirme le rapport. C'est le fondement même de notre revendication d'un accès spécifique total.

Le parcours de soins est une autre affaire qui n'a que des inconvénients en psychiatrie hormis la possibilité d'une liberté tarifaire encadrée à laquelle aspirent nombre de nos collègues faute d'une revalorisation suffisante de nos honoraires au fil du temps.

Nous savons que ce rapport a été reçu comme base de discussion pour l'avenant conventionnel mais, de notre point de vue, toutes les options restent ouvertes. Dès lors que la confusion entre coordination des soins spécifique et spécificités du parcours de soins est levée, le rapport soutient en effet tout autant l'accès spécifique que le parcours de soins.

Nous vous remercions de l'attention que vous pourrez accorder à ce courrier et espérons qu'il demeure une marge de négociation suffisante pour faire valoir nos arguments.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur, en l'expression de nos respectueuses salutations.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE, Président du SNPP

Yves FROGER, Secrétaire Général du SNPP

12 décembre 2005