Sommaire du BIPP n° 17 - Juin 1998

Chronique : transparences - Gérard Bles

Actualités professionnelles - Gérard Bles

- **Le feuilleton conventionnel**
- **Contentieux**

Etats généraux de la Santé

Hospitalisation privée

- **Permanence médicale**
- **Examen d'admission en clinique**

Vie régionale :

- **Bourgogne : une expérience d'interformation - Jean-Jacques Laboutière**
- **Champagne-Ardennes : un appel des psychiatres de l'Aube**

Chronique : transparences

Gérard Bles

Cette chronique ne prétend nullement exprimer “la” doctrine syndicale sur qualité et transparence : c’est une réflexion personnelle, non dépourvue d’humeur, qui aspire, au mieux, à provoquer le plus large débat entre nous sur une question lourde de conséquences pour l’avenir de notre discipline.

Gilles JOHANET, ancien directeur de la CNAMTS, auteur de “La Sécurité sociale : l’échec et le défi” (Seuil), est considéré actuellement comme un des meilleurs experts du système de couverture sociale des soins. A ce titre, il est interviewé à tout va – en dernière date, dans le Nouvel Observateur du 28 mai 1998, sous le titre : “Sécurité sociale : arrêtons de gaspiller”. Il y fustige le système français, dans lequel les malades dépenseraient le plus, pour être de plus en plus mal remboursés : “système inégalitaire, injuste”, dans lequel, en l’absence de procédure de codage, on ne saurait pratiquement rien de ce qui s’y passe, personne n’ayant de compte à rendre…

A cela, selon lui, deux réponses possibles : l’enveloppe budgétaire, qui engendrerait la coexistence du gaspillage et de la pénurie – ou la maîtrise médicalisée, “fondée sur la qualité et la transparence absolue”

Qualité ?

Transparence ?

Absolue ?

L’exigence de qualité, qui pourrait oser en contester le principe ? Qui pourrait se targuer de s’en désintéresser de façon délibérée ? Qui pourrait, dans le même temps, garantir que ses prestations sont, de façon systématique et imparable, de la meilleure qualité ? Et, de toute façon, qu’est-ce que la qualité dans le domaine médical ? Quels sont ses critères ? Quelles en sont les garanties ?

Lorsqu’il s’agit de la qualité des objets, on peut valablement fixer un cahier des charges et des procédures de contrôle rigoureuses, étant entendu qu’elles devront elles-mêmes être qualitativement définies, ordonnées aux finalités de la production, et qu’elles varieront donc selon les priorités qu’on leur assignera : perfection formelle, fonctionnalité, durabilité, innocuité, coût, attractivité pour l’usager, etc. Plus l’objet sera sophistiqué, plus son évaluation sera elle-même complexe, et leur fiabilité respective délicate à assurer. Restant encore à prendre en compte, avec le recul du temps, une validation rétroactive d’autant plus malaisée que l’obsolescence des dits objets sera rapide…

L’“objet” médical ne peut prétendre échapper à l’application des divers critères possibles – et ses évaluateurs voudraient bien, pour faciliter leur travail, qu’il soit, d’une certaine manière, aussi constant dans sa substance qu’un objet manufacturé. Mais voilà : l’objet” médical s’avère récalcitrant à toute perception “mécaniste” pour au moins deux bonnes raisons : d’une part, les données sur lesquelles repose son élaboration s’avèrent pour le moins mouvantes, voire contradictoires, à la mesure de bases scientifiques constamment en évolution, cependant que ses finalités s’avèrent plus complexes qu’il n’y paraît. D’autre part et surtout, le dit “objet” est avant tout un acte qui s’inscrit dans une relation, entre deux subjectivités qui vont interférer de façon majeure, voire déterminante, sur la nature même du produit, son usage et ses effets – étant entendu que cette dimension subjective n’est évidemment pas homogène mais s’avère de poids très variable selon le type d’activité.

Et pourtant les évaluateurs, à la recherche de référentiels maniables, prétendent obtenir une standardisation des “produits”, standardisation qui ne peut s’opérer que par leur réduction à un “noyau dur”, précisément désubjectivé, comme par le contrôle de la “chaîne de fabrication” (ce qui se dessine à travers l’exploitation potentielle du dispositif informatique, entre logiciels d’aide au diagnostic et d’aide à la prescription…). A partir de quoi la qualité s’appréciera à la mesure de l’adéquation plus ou moins parfaite du produit à ce standard prédéfini, déterminé par l’évaluateur selon les priorités qu’il aura fixées, par exemple aussi bien économiques que scientifiques.(1)

Ainsi le “contrôle de qualité” peut, en l’occurrence, devenir l’instrument d’un système de distribution des soins totalement administré, dirigiste ; l’utilisateur devra toujours être “satisfait”, à ceci près qu’il n’est plus le malade mais l’Etat, ou les structures substituées, sous le couvert d’une “politique de santé” dont il fixe lui-même les objectifs.

On rétorquera à cela qu’un tel transfert de la demande peut être évité si ce sont les praticiens eux-mêmes qui assurent cette évaluation de la qualité : il serait néanmoins et bien évidemment entendu qu’ils interviendraient selon les programmes qui leur auront été assignés, pour une politique dont ils assumeraient la responsabilité mais dont ils n’auraient pas la maîtrise (contrairement à ce que pourrait laisser entendre l’expression de “maîtrise médicalisée”). Et, de toute façon, la tutelle n’entend nullement “laisser faire” : on le voit bien dans la manière dont elle conteste l’efficacité des Comités médicaux paritaires locaux (CMPL) en matière de R.M.O. et autres régulations en créant ses propres tribunaux, non paritaires et sans appel (les C.M.R.), en dévoluant par ailleurs un rôle et un pouvoir accru aux médecins-conseils sur l’activité des praticiens, en instituant enfin des Agences gouvernementales qui détiennent seules la capacité de fixer les critères de référence…

Mais, et pour autant que cela s’avérerait nécessaire, la deuxième partie de la proposition de M. Johanet, l’exigence de “transparence absolue”, vient confirmer, à mon sens, la prétention totalitaire des procédures prônées. C’est quoi, cette transparence ? Celle de l’activité de chaque praticien à travers son dénombrement ? Celle-là est depuis longtemps acquise, à la mesure de la fiabilité des enregistrements statistiques, dont les approximations ou parfois le caractère fantaisiste de certaines données (dans les R.I.A.P. par exemple), de la seule responsabilité de la saisie administrative, n’altère pas cependant pas significativement la validité en termes de masses (cf. les S.N.I.R.). C’est bien de la nature et du contenu des actes qu’il est question, ce que confirme l’appel au codage des actes et des pathologies. Et il est non moins évident qu’on entend aller très au-delà de larges et simples catégorisations : que signifierait autrement le terme d’absolu ? Le tiers tutélaire entend bien ainsi s’installer entre le praticien et son patient, afin de ne plus rien ignorer le la relation qui les engage.

Fantasme technocratique me dira-t-on ! Oui, probablement, si l’on tient compte du fantastique appareillage bureaucratique que cette prétention implique. Un peu moins fantasmatique néanmoins si l’on songe que c’est le praticien lui-même qui aura l’obligation de se livrer ainsi, la véracité de ses informations vérifiée par croisement avec le fruit des contrôles inquisitoriaux exercés sur sa “file active” (ils sont déjà largement en usage, ces contrôles, ce n’est plus de la bureaucratie-fiction ! Où l’on retrouve le mythe du Panoptikon qui m’est cher, à ceci près que ce seront les “surveillés” eux-mêmes qui veilleront à rester dans le champ de l’observatoire…

Que devient notre médecine en tout cela ? Et surtout, que restera-t-il de la psychiatrie ? Ne vous fondez pas trop sur “l’exception” qui nous tint longtemps de statut (souvent à notre détriment d’ailleurs). La tendance “objectivante-transparente” existe en notre sein, avec ses dogmes et ses outils, elle s’affiche même ostensiblement et ne peut que sortir renforcée des exigences de la conjoncture politico-administrative. Alors, pessimisme lui aussi absolu ? F. Kafka, H-G. Wells, G. Orwell, Philip K. Dick avaient raison ?

Il nous reste de solides raisons de lutter, pour développer encore ce qui a toujours été une des caractéristiques fondamentales de notre discipline – ce dont on la raille parfois : notre besoin de fouiller, de creuser, de remettre en question, d’édifier et de démolir des théories, sans cesse fouaillés que nous sommes par la part “d’obscurité” irréductible du fonctionnement de l’esprit humain et de sa souffrance. Peut-être la qualité de notre travail se mesure-t-elle plus à travers l’intensité des interrogations que l’accumulation de prétendues certitudes ?

S’il doit exister un jour une “médecine mentale” parfaitement codée, transparente et aseptisée, peut-être serons-nous nombreux à “prendre le maquis”, au risque d’être accusés de chamanisme, de sorcellerie, d’irresponsabilité ou, pire, d’inadaptation, plus fous que nos fous, mais farouchement déterminés à préserver un espace de liberté, de cette liberté de l’âme (j’ose !) qui est au fond la seule chose qui nous intéresse. Lyrisme ou emportement, on ne doit pas s’y tromper : je ne prétends nullement ramener la psychiatrie à des incantations romantiques. Le travail scientifique y a toute sa place, mais celui-là même nous enseigne que l’erreur, la fausse croyance, sont peut-être bien du coté de ceux qui prônent la transparence. A quelle rigueur scientifique, en effet, est-il fait appel pour en légitimer l’exigence ? Pouvons nous avoir encore la naïveté de croire que l’observation ne modifie pas ce qui est observé quand ce siècle finissant aura vu les sciences même les plus “dures” en reconnaître l’impossibilité ? La prétendue “exigence scientifique” à laquelle on voudrait nous contraindre pourrait n’être qu’un dénombrement d’objets imaginaires qui ne doit pas faire illusion quant à sa validité. Cela n’a rien à voir avec une véritable démarche scientifique qui, certes, n’abdique jamais devant la complexité de la réalité mais avec suffisamment de lucidité pour ne pas méconnaître à chaque instant ses propres limites.

C’est seulement à ce prix que le travail scientifique peut assurer une fonction de libération et non pas asservir à des procédures d’aliénation venues d’ailleurs…

Gérard BLES

(1) Démarche antithétique de l’évaluation traditionnelle des “ services ” dont le critère majeur demeure la satisfaction de l’utilisateur, c’est-à-dire l’adéquation du produit à son désir (au sens le plus large), sous le couvert de facteurs régulateurs divers, de la loi du marché à l’éthique professionnelle, en passant par le respect de dispositifs légaux ou réglementaires.

Le feuilleton conventionnel : suite

Gérard Bles

Nous remarquions, dans notre **lettre circulaire du 19 mai**, que l’atmosphère des «sommets» apparaissait plutôt conciliante, contrastant avec une activité de terrain résolument agressive et une multiplication des contentieux de tous ordres.

Les contentieux, cela continue de plus belle, accaparant une grande part du travail syndical. Nous y reviendrons. Mais ces dernières semaines ont par ailleurs été marquées par un brutal changement de ton, qu’il s’agisse de la CNAMTS et de son président, Mr Spaeth, ou du Gouvernement, Mme Aubry montant personnellement au créneau. Prétexte ? Le «dérapage» des dépenses de santé, dont l’évolution au bout de quelques mois aurait pratiquement atteint le plafond fixé pour l’année !

Du coup, et comme par enchantement, les événements se précipitent. Le Conseil d’État, au bout de deux ans, va statuer sur les recours contre les **Conventions 97**, et procéder, selon toute vraisemblance, à leur **annulation**, pour des motifs divers (non-représentativité de l’UCCSF pour les spécialistes - raisons plus subtiles pour les généralistes avec notamment absence de recours possibles pour les procédures devant les CMR, inégalités dans les clefs actuelles de répartition des reversements). Ce qui va permettre au Gouvernement de piloter lui-même ouvertement le système à travers un **règlement conventionnel minimal** qui, même s’il n’est pas nécessairement plus lourd dans l’immédiat, pourrait le devenir à court terme si les

syndicats médicaux ne se montraient pas suffisamment souples dans la négociation d'une nouvelle Convention plus «efficace»... du point de vue comptable. Cela sans retarder les «mesures fortes de réorientation des dépenses» annoncées par Martine Aubry le 22 juin, lors de la Conférence nationale de santé, ciblées notamment sur la croissance des honoraires, des explorations (radiologie) et des prescriptions (médicaments).

Instruments de cette pression : la Nomenclature, des déremboursements éventuels de médicaments, mais surtout les **reversements**, dont l'utilisation revient au premier plan, éventuellement réaménagée selon les suggestions du rapport Stasse et de la CNAMTS : toujours collectifs, ils deviendraient par contre modulés en fonction du revenu de chaque praticien (comme l'impôt...!). Également envisagé, un recouvrement indirect via les cotisations sociales. Bref, tous «punis» une fois de plus, l'individualisation n'opérant qu'au niveau des montants - ce qui, à bien réfléchir, pourrait avoir plutôt des effets pervers, inflationnistes (histoire d'anticiper sur la ponction financière supplémentaire).

Tollé syndical, bien sûr, la CSMF menaçant d'un «conflit majeur» - cependant que MG France s'efforce de tout mettre sur le dos des spécialistes.

Un des aspects fascinants de la situation est qu'un de ses moteurs essentiels, tout au moins en apparence, tient à des données chiffrées dont on sait parfaitement qu'elles ne sont pas fiables, tant pour ce qui concerne leur saisie proprement dite qu'en raison des décalages qu'entraînent les fluctuations du traitement des dossiers de remboursement (il y avait, il y a peu, 250.000 dossiers en souffrance dans la CPAM des Hauts-de-Seine, par exemple...). Les chiffres tiennent donc, pour partie, à des estimations ou des projections qui autorisent toutes les manipulations. Et, bien sûr, on ne tient guère compte des facteurs épidémiologiques, plus généralement des besoins, ou encore de la mise sur le marché de médicaments dont le prix est aussi exorbitant que leur utilité reste à démontrer (je ne cite personne !).

A quoi nous sert, nous psychiatres, d'avoir été «sages» en 1997 ? (Le fûmes-nous ? Une telle estimation n'est peut-être pas plus fiable que les autres.... J'ose croire que nous avons travaillé, comme devant, en notre âme et conscience, c'est tout...).

Le sommes-nous d'ailleurs, si l'on en juge par la série de **contrôles** et de **contentieux** qui s'abattent sur nous ? A l'initiative totale des Caisses primaires nous dit-on à la Caisse nationale. Mais c'est bien sous l'impulsion du médecin-conseil national le Pr. Hubert Allemand que la mission des médecins-conseils a été recentrée sur les professionnels de santé, même si celui-ci insiste pour que cette mission ne se limite pas au contrôle individuel mais s'oriente vers «une évaluation des pratiques collectives et l'amélioration d système de soins». Du médecin-conseil pédagogue... Avec pour champ privilégié d'intervention les ALD.

Néanmoins les contrôles individuels fleurissent, et pas seulement sur les psychiatres exerçant en clinique dont l'activité et les cotations font l'objet de toutes les attentions, dans le fil de la croisade prêchée et entreprise par le «chevalier blanc», Mr Frémont, directeur de la CPAM de Loire-Atlantique, mais intéressant des départements de plus en plus nombreux (on aura pu lire à cet égard la **Déclaration du CLAHP sous commission psychiatrie du 14 mai 1998prescriptions** (qu'il s'agisse de respect des RMO ou de prescriptions considérées comme hors champ de la spécialité) ou le contenu même de l'acte (bien fondé des psychothérapies en tant que soin...). Atmosphère, atmosphère...! Nous finirons bien par nous sentir mal compris, mal aimés, sinon coupables...

réclamant moratoire et ouverture de négociations sur la Nomenclature). Ces contrôles concernent tout autant la pratique en cabinet, portant sur les
On nous rétorquera que tous les médecins libéraux sont logés à la même enseigne - mais quand même, on peut trouver que l'on parle un peu trop de nous pour qu'il ne s'agisse que d'un hasard statistique !

Gérard Bles

A propos des contentieux : éléments de doctrine syndicale

Gérard Bles

- Infractions aux RMO (anxiolytiques, hypnotiques)

Récemment, un de nos collègues, mis en cause pour ses prescriptions, a été déféré devant la CMR de sa région : voici l'argumentaire que nous lui avons proposé :

1) le non respect des durées légales de prescription

Cela concerne par définition des ordonnances de longue durée, excédant un ou trois mois de prescriptions. Dans ce cadre, soit le psychiatre intervient comme consultant , soit assure le suivi d'un traitement au long cours. Ce sont des indications thérapeutiques qu'il donne ainsi, lui-même et le patient sachant pertinemment qu'il appartiendra au pharmacien de limiter la délivrance des produits à la durée légalement autorisée, le renouvellement intermédiaire étant assuré par le généraliste à partir des indications du spécialiste consultant. Ce spécialiste peut évidemment intervenir de façon plus rapprochée, sans que l'état clinique du patient et son évolution le justifient nécessairement : cette modalité de fonctionnement, permettant le "respect" des durées légales de prescriptions, entraînerait par contre un surcoût non ou mal justifié pour l'assurance-maladie…

Sur la **pertinence des prescriptions de longue durée** : le psychiatre prend en charge des malades "lourds", affectés de manifestations pathologiques plus ou moins chronicisées, exigeant une stricte observance d'un traitement au long cours, condition souvent primordiale pour éviter hospitalisations ou réhospitalisations.
En définitive, il s'agit donc bien de prescriptions permettant de limiter les coûts entraînés par la maladie.

2) la prescription de deux benzodiazépines ou de deux hypnotiques

Disons-le encore une fois, le psychiatre assure souvent la prise en charge de malades " lourds ", du point de vue de la symptomatologie présentée et/ou de sa résistance au traitement – cela souvent à l'issue d'un parcours plus ou moins prolongé et inefficace en médecine générale.
Pour faire face à ce type de symptomatologie, il doit notamment avoir recours à l'arsenal psychotrope en en exploitant toutes les potentialités, en particulier les cinétiques pharmacologiques qui sont très diversifiés au sein d'une même famille de produits.
Par ailleurs, il s'agit souvent de patients chez lesquels il est très difficile de modifier, substituer ou réduire les prescriptions, sauf à déclencher d'importantes réactions anxieuses chez des sujets particulièrement fragiles et même si l'on admet que des facteurs autres que strictement physiologiques interviennent dans leur attitude et leur réactivité aux médicaments.

Globalement, il importe de souligner à nouveau que le psychiatre intervient le plus souvent en deuxième intention, après un parcours soignant non-spécialisé plus ou moins prolongé et en raison même de l'inefficacité de celui-ci. Son attitude thérapeutique sera nécessairement plus complexe, dans l'intérêt même de son patient.

On remarquera à cet égard que les prescriptions de psychotropes en milieu hospitalier et/ou universitaire sont généralement encore beaucoup plus lourdes et complexes, sans correspondance avec les RMO, et que le psychiatre de ville doit souvent attendre de longs mois avant de pouvoir simplifier les schémas thérapeutiques.

Enfin, on ne peut, pour juger de la pertinence des prescriptions, procéder par stricte comparaison avec d'autres praticiens de la même discipline, individuellement ou à travers les moyennes statistiques : en effet, les clientèles ne sont pas homogènes, se diversifiant en fonction des orientations et des aptitudes du praticien traitant.
Il convient, pour terminer, de rappeler combien notre discipline est mal connue des circuits de contrôle habituels, du fait de la complexité des pathologies, de la clinique et des possibilités thérapeutiques. En psychiatrie encore plus qu'ailleurs, le malade ne peut-être considéré comme un animal de laboratoire dont il n'y a nulle raison de prendre en compte la subjectivité et la souffrance, qui s'accommodent très mal de protocoles standardisés et inexorables.

- Prescriptions non spécifiquement psychiatriques

Une autre de nos collègues s'est vue mise en cause dans des conditions à la limite du saugrenu pour avoir prescrit soit divers correcteurs d'effets secondaires, soit occasion-nellement d'autres médications à visée somatique urgentes ou impératives. Le contrôle médical prétend requalifier ses actes en Cs (!) de gastro-entérologie, de cardiologie, etc... Nous avons argumenté de la façon suivante à l'intention de la Section Assurances sociales du Conseil régional de l'Ordre :

> La **nature de l'acte médical** ne peut en aucun cas être inférée de la **nature des prescriptions** qui l'accompagnent, qui en constituent la conséquence et non la substance. Ce sont la nature de la pathologie prise en charge et les modalités de cette prise en charge qui le spécifie – et cela très caractéristiquement en psychiatrie, l'acte de consultation reposant avant tout sur sa dimension relationnelle.
>
> Ce qu'il importe donc d'apprécier, dans toute démarche de contrôle de l'activité d'un psychiatre, c'est l'existence chez le patient d'une **souffrance psychique**, prise en charge comme telle (ce qui n'est pas forcément simple lorsque le contrôle intervient à posteriori, parfois plus d'un an après les faits, le contrôleur lui-même n'étant pas nécessairement compétent dans le domaine considéré).
>
> Quant aux prescriptions médicamenteuses, lorsqu'elles existent (ce qui en psychiatrie est loin d'être automatique), elles répondent aux besoins du patient. L'utilisation des **substances psychotropes** exige fréquemment le recours à des **correcteurs** qui eux-mêmes ne sont pas psychotropes, mais d'ordre cardio-vasculaire, digestif, etc.
>
> De surcroît, nous pouvons être amenés en urgence et de façon ponctuelle, plus ou moins exceptionnelle, à effectuer des **" prescriptions relai "** pour un traitement établi et surveillé au long cours par ailleurs, pour éviter des ruptures d'observance, voire des actes inutilement redondants (ce à quoi paradoxalement une application littérale des dispositions résultant des ordonnances d'avril 96 nous amènera à renoncer).
>
> Il ne s'agit là nullement d'une violation de l'**engagement d'exercice exclusif** dès lors que l'objet principal de la consultation est du ressort de la psychiatrie. Docteurs en médecine, nous sommes habilités à toute prescription pour autant que nous intervenions avec la pertinence, la prudence et la compétence exigibles.

Ajoutons que, mise en cause pour les mêmes raisons dans un autre cadre (institutionnel), une autre de nos consœurs a sollicité et obtenu du Conseil national de l'Ordre l'avis suivant :

Votre employeur... vous fait le reproche d'établir des actes relevant d'autres disciplines que la psychiatrie. Il me parait tout à fait légitime que dans le cadre de votre exercice, vous pratiquiez aussi des examens somatiques, des prescriptions d'orthophonie et de kinésithérapie.

Je trouve tout à fait normal qu'un psychiatre s'occupe à la fois de l'équilibre psychique et de la santé physique de ses patients. Actuellement, il n'existe aucun texte sur les libertés de prescription et les contenus de la pratique du psychiatre (s'y) opposant.

- Indications et nature des psychothérapies

Un de nos confrères psychothérapeute avait été inquiété il y a deux ans, mis en cause par le contrôle médical qui avait prétendu que la patiente concernée était en parfait état de santé mentale et donc que ce dont elle avait bénéficié était une psychanalyse «didactique», réclamant de ce chef au praticien la restitution de l'ensemble des honoraires perçus à cette occasion. Ce confrère avait récemment gagné contre la CPAM devant le TASS. Or, très peu de temps après, le contrôle médical l'informait qu'il entreprenait une nouvelle analyse de son activité, accompagnée d'une enquête auprès de ses patients. Il a dans ces conditions adressé la lettre suivante aux instances de l'Ordre, dont la pertinence mérite que nous la reproduisions ci-après :
(...)

1) J'ai déjà, en 1996, c'est-à-dire il y a deux ans, été l'objet d'une telle étude (le mot d'enquête avait été utilisé par la CPAM devant mes patients). Pour l'une de mes patientes, cela s'est terminé par une plainte que j'ai déposée contre la CPAM auprès du TASS, affaire dans laquelle la CPAM a été déboutée. Je suis étonné qu'en si peu de temps soient effectuées deux analyses de mon activité. Qu'en pensez-vous ?

2) Les patients utilisent très souvent le terme de psychanalyse alors qu'ils sont en psychothérapie (en face à face). J'ai pu constater, lors de cette précédente analyse de mon activité, que les médecins conseils de la CPAM de ... faisaient le même amalgame que les patients. J'avais proposé à l'époque à Madame le Docteur ..., médecin conseil , chef de service, de faire une sorte de «formation» des médecins conseils sur les différences entre psychothérapie et psychanalyse. Elle avait refusé. Or c'est le non-respect de cette différence qui a, entre autres, fait que cela s'est malheureusement poursuivi jusqu'au TASS. Que pensez-vous de cet amalgame que font les médecins conseils de la CPAM de ...?

3) Lors de cette précédente analyse de mon activité, des patients en cours de traitement, ainsi que d'autres qui ne l'étaient plus, ont été convoqués par le service médical de la CPAM. Or, dans ma spécialité, basée essentiellement sur la relation, ce qu'on nomme le transfert, de telles pratiques sèment la suspicion, le doute et la perplexité dans l'esprit des patients et peuvent s'avérer préjudiciables pour la suite des soins. Quel est votre avis sur cette question ?

Soulignons au passage combien le **refus d'information** qu'évoque notre confrère et la **méconnaissance des réalités de notre pratique** constituent une des difficultés majeures que nous avons à affronter pour faire reconnaître nos spécificités d'exercice. Il ne s'agit pas pour nous de défendre, au prix de quelque habileté dialectique, tout et n'importe quoi : nous ne réclamons aucun statut d'exception par rapport à l'éthique professionnelle, mais simplement (?) la reconnaissance des «exceptions» éventuelles qu'impliquent la nature de notre champ d'intervention et les méthodes que celle-ci exige. Rien de plus, rien de moins.

Gérard Bles

Etats Généraux de la santé

Après bien des tergiversations, le Secrétaire d'État à la santé a fixé un **calendrier** pour les États Généraux de la Santé. Il semble que les lieux des discussions thématiques seront prioritairement régionaux et que c'est donc au niveau de votre région qu'il conviendra de chercher à intervenir en soulignant que la plus part des thèmes peuvent nous impliquer en tant que psychiatres.

Dans la suite de la conférence nationale de santé du 22 au 24 juin, de septembre à décembre se développeront les initiatives régionales, une consultation nationale par questionnaire avec restitution des résultats, des forums thématiques. En décembre 1998 - janvier 1999, on devrait aboutir aux synthèses régionales et thématiques et des Journées nationales de clôture.

Thèmes mis en débat

- Jeunes et santé: préserver l'avenir, éducation à la santé - sexualité - suicide.
- Le droit de vieillir, maladies du vieillissement - prise en charge de la dépendance - fin de vie.
- Santé et cadre de vie, santé au travail - santé et lieux de vie - pollution.
- Accéder aux soins, pathologies liées à la précarité - handicap.
- Dépendances, toxicomanies et réduction des risques, prévention - prise en charge des malades - information.
- La santé par la prévention, politique de dépistage - bilan de santé - médecine prédictive.
- Soins : l'impératif de qualité, évaluation - accréditation - diffusion de l'information.
- Le malade et l'exercice de ses droits, droit à l'information - risque thérapeutique - lutte contre la douleur.
- Perspective de la recherche, éthique et santé - conséquences du progrès médical.
- L'hôpital et la ville, l'hôpital dans la ville - articulation ou hôpital ville.

A propos de la "permanence médicale"

Gérard Bles

Réunion à l'Ordre National des Médecins (17 juin 1998)

Cette réunion, à laquelle participaient des représentants de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et du Ministère de la Santé (Direction des Hôpitaux, Direction Générale de la Santé, Bureau de la psychiatrie SP3) a été déclenchée à l'origine à la suite de la **demande d'avis du S.N.P.P**. au Conseil National de l'Ordre (lettre du 13.3.98) :

> Nous souhaiterions recevoir l'avis du Conseil National de l'Ordre sur le problème suivant, qui nous parait avoir des implications déontologiques.
>
> Les psychiatres exerçant en hospitalisation privée ont le plus souvent un statut libéral, rémunéré à l'acte, selon la NGAP. Par ailleurs, dans le cadre de l'Annexe XXIII, les établissements ont l'obligation de mettre en place une permanence médicale non spécialisée (en particulier nuits et W.E.).
>
> Un certain nombre d'établissements estiment aujourd'hui que l'honoraire perçu par le psychiatre libéral devrait couvrir également cette permanence médicale (en jouant notamment sur les termes des deux textes ci-dessus évoqués), ce qui aurait comme conséquence
>
> soit que les praticiens rémunèrent directement le ou les médecins assumant la permanence;
>
> soit que les coûts exposés par cette permanence soient répercutés dans la redevance perçue par l'établissement sur les honoraires libéraux.
>
> Indépendamment du débat juridique proprement dit (interprétation des textes), il nous apparaît que ces deux solutions entraîneraient de fait pour les médecins libéraux la mise en place d'un assistanat salarié réputé pallier une partie des obligations supposées entraînées et rémunérées par leurs prestations libérales - ce qui nous apparaît incompatible avec le code de déontologie.

Une première réponse du CNO (17 avril) introduisait dans le débat la notion de participation des médecins aux services de garde de jour et de nuit (art. 77 du code de déontologie).

> On peut faire un certain nombre de remarques :
> - L'annexe XXIII du décret n° 56-284 du 29 mars 1956 précise les conditions techniques d'agrément des maisons de santé pour maladies mentales.

Ce texte, vieux de quarante ans ne mérite-t-il pas d'être revu ? En tout état de cause nous constatons que son article 20 prévoit une permanence médicale, sans préciser si elle est ou non spécialisée.

- S'il appartient à l'établissement de prendre toutes les mesures nécessaires pour remplir les conditions techniques d'agrément, tout médecin doit, pour sa part, participer aux services de garde de jour et de nuit conformément à l'article 77 du code de déontologie médicale. Il peut, de façon non systématique, se faire remplacer dans sa garde.

- Il manque enfin, à votre courrier les éléments :

- que prévoient les contrats des médecins psychiatriques dans ce domaine ?

- dans quel cadre, coordonnent-ils les intervenants?

Vous évoquez la question de la surveillance constante dans l'établissement, mentionnée dans la nomenclature et la norme numérique qu'elle comporte. Là encore, ces dispositions prêtent à interprétation et on doit le déplorer.
Il ne faudrait pas qu'à terme, une situation conflictuelle entre les médecins et les établissements pèse sur la permanence des soins dus aux patients.

Cette réponse entraînait une **mise au point** de notre part :

Je suis bien d'accord avec vous sur le caractère plus ou moins obsolète des textes qui régissent l'activité médicale en maisons de santé pour maladies mentales. Mais, en tout état de cause, leur révision ne peut être escomptée dans l'immédiat. Pour ce qui concerne l'Annexe XXIII, une refonte complète en avait été proposée dans les années 80, dans le cadre d'une commission de travail au Ministère de la Santé : elle est restée dans les cartons (pourquoi ?) et rien n'est programmée à cet égard. Quant à la N.G.A.P., sa remise en chantier pour la psychiatrie n'est pas prévue avant 2000/2001.... Concrètement donc, nous sommes obligés d'utiliser les références existantes : or, il y a urgence dans la mesure où les conflits se multiplient, allant jusqu'à la dénonciation des contrats existants par certains établissements - la controverse, au delà des apparences, étant essentiellement d'ordre financier : qui doit prendre en charge la rémunération des praticiens (le plus souvent non psychiatres) assurant la «permanence médicale», c'est-à-dire les gardes de nuit et, éventuellement, des jours fériées, indépendamment des astreintes assurées par les psychiatres traitants eux-mêmes ?

Plusieurs remarques à cet égard :

- L'article 20 de l'Annexe XXIII, dans sa formulation, indique bien que la permanence médicale n'exige pas du praticien qui l'assure d'être qualifié en psychiatrie (fait corroboré par l'usage depuis 40 ans - ce que les tutelles n'auraient pas manqué de contester si celui-ci avait été non conforme). C'est pourquoi, s'agissant d'une obligation réglementaire propre aux établissements, c'est ceux-ci qui pendant très longtemps (et encore

actuellement dans de nombreux cas) en assuraient l'organisation et le financement (salariat);

- Les médecins qualifiés en psychiatrie qui assurent les soins psychiatriques ont, dans la plus part des cas, le statut libéral et sont donc rémunérés à l'acte : il s'agit si bien «d'actes» qu'un certain nombre de contentieux actuels avec le contrôle médical des Caisses portent justement sur les preuves à apporter quant à la matérialité ponctuelle de ces actes, ce qui exclut toute notion de caractère forfaitaire de ces rémunérations, en particulier en ce qui concerne le «C» dit «de surveillance» (...)

- La plupart des contrats (quand ils existent) ne font pas référence à une quelconque obligation d'assurer la «permanence médicale» - mais font simplement état d'une mise à disposition des praticiens d'un quota de lits (au maximum 30) et de la fixation d'un taux de redevance répondant à un certain nombre de prestations définies de l'établissement au profit des praticiens (secrétariat, téléphone, recouvrement des honoraires, etc..., sans référence particulière à la «permanence médicale»);

- la notion de «surveillance constante» (terme repris par analogie avec la formulation utilisée pour les autres types d'établissements) ne peut évidemment signifier que le thérapeute reste l'arme au pied au chevet de son patient, mais que c'est lui qui, jour après jour, assure le suivi des soins. L'extrapolation que l'on tente d'opérer entre cette notion et celle de «permanence médicale» (potentiellement non psychiatrique) est complètement abusive;

- Vous vous interrogez sur la question de la coordination des interventions entre praticiens : bien que de nombreux établissements aient depuis longtemps bénéficié du concours de praticiens qui harmonisaient entre eux leur emploi du temps, cela ne peut être considéré comme systématique, une telle organisation dépendant souvent beaucoup de la structure de l'institution elle-même et du type de soins qu'elle délivre. Mais il est certain que la mise en place systématique des CME d'une part et la pression des ARH d'autre part va nécessairement aboutir à généraliser une solide articulation entre intervenants - qui, s'agissant de libéraux, ne peut néanmoins reposer que sur le volontariat sous l'égide des dites CME et en dehors de tout lien de subordination à l'établissement lui-même (ce qui aboutirait autrement à terme à une transformation du statut de ces praticiens, qui ne le souhaitent pas, pas plus que leurs organisations représentatives).

Ces éléments contribueront, je l'espère, à éclairer le Conseil sur le problème particulier qui lui est posé. Soutenir que la «permanence médicale» (non spécialisée) et sa rémunération salariée sont incluses implicitement dans l'acte libéral aboutirait à organiser un assistanat non déguisé - et déontologiquement interdit : en l'occurrence, encore une fois, il ne s'agit pas de gardes de spécialité et il ne peut s'agir de «remplacements non systématiques» (comme vous le suggérez) puisque cette permanence doit, ne serait-ce que par obligation réglementaire pour l'établissement, être systématiquement organisée. J'ajouterai que la majorité des établissements disposent de moins de 100 lits et qu'imposer à 2 ou 3 psychiatres d'assurer cette permanence représenterait une contrainte impossible à soutenir (ce qui n'est pas le cas des astreintes) et, de toute façon, absolument pas reconnue et rémunérée comme telle.

Si je me permets d'insister pour que le CNO adopte au moins une position de principe plus claire, c'est que, je vous le rappelle, les conflits et contentieux se multiplient sur le terrain, allant jusqu'à la dénonciation des contrats, aux dépens de l'intérêt des malades, la qualité du travail thérapeutique effectué devant souvent beaucoup de praticiens en place, de par

> leur propre industrie et l'esprit qu'ils ont su insuffler aux équipes soignantes. Je ne vous apprendrai pas qu'en psychiatrie, le facteur «institutionnel» joue sans doute un rôle majeur dans l'opératoire des soins (...)

Le CNO prenait cependant l'initiative d'une **réunion multipartite** dont l'objet s'infléchissait vers la question de «*la permanence des soins et les gardes*», extension non innocente même si l'on y retrouve quelque analogie avec les problèmes d'autres spécialités (anesthésiologie par exemple).

La réunion elle-même s'avérait plutôt brouillonne, où l'on vit interférer les contentieux actuels (notamment la cotation du «C de surveillance» sans que la matérialité de l'acte soit prouvée), les doléances financières des établissements du fait notamment de l'évolution du coût des praticiens salariés assurant la permanence (UHP), la mise en cause du paiement à l'acte comme non adapté (CNAM) et non inhérent au statut libéral (Secrétaire Général du CNO), cependant que, par ailleurs, était réaffirmé le caractère opposable de la Nomenclature (CNAM) alors qu'un médecin-conseil de l'échelon national soulignait en contrepartie que l'acte en C ne devait pas rémunérer la garde - tout ce débat, peu cohérent, demeurant enserré dans le leitmotiv du «coût constant».

Bref, le problème juridique n'était pas vraiment abordé au fond, pour ne pas dire qu'il a été éludé alors par exemple qu'un Conseil départemental de l'Ordre, consulté, avait, quant à lui, adopté une position beaucoup plus claire :

> Première question : Est-il autorisé ou non, sur le plan déontologique, qu'un médecin se fasse assister par un autre médecin qu'il salarie directement ou indirectement ? La réponse est bien évidemment non. Il suffit de se référer :
>
> - à l'article 69 du Code de Déontologie : «L'exercice de la médecine est personnel; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes. (Le caractère personnel de l'exercice médical et la notion de responsabilité sont intimement liés; l'un ne se conçoit pas sans l'autre).»
>
> - à l'article 87 : «Il est interdit à un médecin d'employer pour son compte, dans l'exercice de sa profession, un autre médecin ou un étudiant en médecine. (L'exercice de la médecine étant personnel, chacun travaillant sous sa propre responsabilité, il n'est pas possible d'employer un assistant, sauf pour des raisons de santé).»
>
> Deuxième question : Un médecin généraliste peut-il exécuter tout ou partie de l'acte de spécialiste honoré comme tel, à savoir celui du médecin psychiatre, à la place de celui-ci ? Là encore la réponse du Conseil de l'Ordre est négative.
>
> Pas d'explications de la DGS ou de la DH sur les nombreuses révisions avortées de l'Annexe XXIII. Quant à la Nomenclature, le processus pour la révision du libellé du «C de surveillance» apparaît enclanché mais ne pourra aboutir, en tout état de cause, avant plusieurs mois.

En attendant, on a promis de se revoir...!

Gérard Bles

Examen d'admission en clinique

Après négociation entre les représentants syndicaux (SNPP et SPF) et l'échelon national du Contrôle médical, le **médecin-conseil national** a adressé le 9 avril 1998 aux échelons régionaux la **lettre circulaire** suivante :

ENSM 814/98

Objet : NGAP - Article 15 et 20

Honoraires pour examen d'admission en clinique privée psychiatrique

Depuis la lettre MCN n°6300/85 du 7 novembre 1985 il est précisé que lors de l'admission dans une clinique psychiatrique, l'examen d'entrée par le psychiatre peut être côté CNPsy, sous réserve qu'il s'agisse d'un examen approfondi aboutissant à un diagnostic et à une décision d'hospitalisation **motivée** et que cet examen approfondi n'ait pas été effectué **récemment** par le **même psychiatre**, en dehors de l'établissement.

A la suite de deux contentieux perdus par les Caisses sur ce sujet, il parait nécessaire de préciser les termes **"motivée" "récemment" et "même psychiatre"**.

En concertation avec les organisations représentatives des psychiatres exerçant en établissements privés : Syndicat des Psychiatres Française et Syndicat National des Psychiatres Privés, voici les précisions qui peuvent être apportées :

"Lors de l'admission dans une clinique psychiatrique, l'examen d'entrée par le psychiatre p eut être côté CNPsy, sous réserve qu'il s'agisse d'un examen approfondi aboutissant à un diagnostic d'admission et à une décision d'hospitalisation avec projet thérapeutique et que cet examen approfondi n'ait pas été effectué **dans les 72 heures précédentes par le même psychiatre ou par l'un des autres psychiatres exerçant régulièrement au sein de l'établissement".**

Cette consultation fait le plus souvent l'objet d'une feuille de soins isolée et non d'une inscription sur le bordereau 615. Or, cette inscription sur le bordereau 615 (il s'agit du premier temps de l'hospitalisation) est impérative à partir du moment où le patient est hospitalisé.

Bourgogne : une expérience d'interformation

Jean-Jacques Laboutière

Le groupe de pairs est constitué de praticiens qui se rencontrent de manière régulière pour échanger à propos de leur pratique dans le but à la fois de se distancier de cette pratique et d'élaborer une réflexion plus théorique. Nous avons personnellement l'expérience de ce type de groupe depuis une dizaine d'années puisque nous avons déjà eu l'occasion de participer à la mise en place de deux d'entre eux en région Bourgogne. Quel bilan peut-on en tirer après quelques années ?

Expérience régionale

A. Une première expérience non durable

Le premier a été mis en place à Dijon il y a une dizaine d'années avec une demi-douzaine de praticiens qui ressentaient le besoin d'un lieu d'échange et de réflexion sur la pratique de cabinet. Ce premier groupe de travail a fonctionné de manière satisfaisante durant environ trois ans, au rythme d'une réunion tous les mois environ.

Il était uniquement composé de jeunes praticiens qui avaient également une pratique psychanalytique et cette dernière caractéristique a peut-être été à l'origine de son épuisement. En effet, après trois ans de fonctionnement, quelques uns de ses membres ont souhaité se consacrer uniquement au travail plus institutionnalisé qu'ils effectuaient par ailleurs au sein d'écoles de psychanalyse.

Après réflexion, il nous a rétrospectivement semblé que cette première expérience a surtout joué le rôle d'une sorte de société de réassurance mutuelle pour de jeunes praticiens fraîchement installés au moment de sa mise en place.

B. Une seconde tentative toujours vivace

Un second groupe a été créé l'année suivante à partir de la demande d'une douzaine de praticiens du département de Saône et Loire. Ce groupe, qui compte maintenant près de six ans d'existence, fonctionne toujours. Il a été ouvert à tous les praticiens libéraux du département et des départements limitrophes et a pu connaître jusqu'à une vingtaine de participants lors de certaines réunions. L'effectif moyen de la participation reste cependant de l'ordre de la douzaine, nombre critique qu'il semble d'ailleurs difficile de dépasser sans nuire à la qualité du travail.

Ce groupe se réunit régulièrement toutes les six à huit semaines durant tout un samedi après-midi. Il s'est constitué en association loi 1901 afin de se doter des moyens de louer régulièrement une salle pour travailler. Il n'est financé que par les cotisations de ses membres, le principe d'un sponsoring ayant été d'emblée écarté dès sa fondation.

Il est composé de praticiens de tous âges et de divers horizons théoriques : analystes, comportementalistes, ou praticiens "généralistes" ne se réclamant pas particu-lièrement d'une tendance ou d'une autre.

Par opposition au premier groupe que nous avions mis en place, il nous semble que l'hétérogénéité des arrière-plans théoriques, la diversité des âges, en un mot la différence des pratiques représentées dans ce groupe, constituent précisément les facteurs qui non seulement permettent sa longévité mais encore garantissent la réalité du travail qui y est effectué. En outre, nous devons souligner que nous nous trouvons dans une région à la démographie médicale extrêmement faible (environ 30 psychiatres libéraux) et dans laquelle l'offre de formation médicale continue est par ailleurs peu importante. Ce dernier point a sans doute son importance pour expliquer la continuité du travail.

C'est donc essentiellement à partir de l'expérience de ce second groupe que je développerai les quelques principes qui me semblent pouvoir être généralisés de cette expérience.

Nature du travail

Le travail au sein du groupe ne fait pas l'objet d'un protocole précis mais, sommairement, le mode opératoire peut se décrire selon trois modalités essentielles :

A. Les réunions

1. Cas cliniques
Le cas le plus fréquent (dans la mesure où cette manière de faire est celle qui requiert le moins de préparatifs) est celui dans lequel l'un des membres du groupe expose un cas clinique qui va servir de base à la discussion générale.

Il est habituel que l'exposé d'un premier cas clinique entraîne l'exposition d'autres cas de la part d'autres membres du groupe. Cette profusion ne nuit pas selon nous à la qualité du travail dans la mesure où il s'agit bien de nous enrichir mutuellement de la confrontation de nos pratiques et non pas de rédiger une monographie à propos d'un cas précis.

2. Réunions à thème
Plus rarement, un thème particulier a été proposé par l'un d'entre nous et retenu à l'avance pour la réunion. Dans ce cas un ou plusieurs membres du groupe sont chargés de proposer un court exposé théorique sur la question et ceci sur une stricte base de volontariat, en fonction des intérêts personnels de chacun. Ces exposés débouchent naturellement ensuite sur une confrontation des points de vue étayée par la pratique personnelle de chacun.

3. Réunions d'interface
Enfin, de manière exceptionnelle étant donné la plus grande difficulté de mettre en place ce genre de réunion, le travail peut être consacré à une réflexion en commun avec des interlocuteurs non psychiatres afin de réfléchir à l'articulation de nos pratiques avec d'autres intervenants sur certains problèmes précis.

Ainsi, à titre d'exemple, avons nous consacré dans l'année écoulée une réunion à travailler avec le réseau d'intervenant en toxicomanies du département et une autre réunion à réfléchir avec plusieurs magistrats sur la mise en œuvre dans le département des obligations de soin des délinquants sexuels.

Ce dernier type de réunions est par ailleurs ouvert aux confrères du secteur public qui souhaitent y assister et qui y participent d'ailleurs assez largement.

Cette dernière modalité de travail peut sembler à priori éloignée de la clinique mais nous pensons toutefois qu'elle a toute sa place au sein de ce groupe dans la mesure où chacun est bien invité à parler depuis sa position de praticien.

B. Le travail écrit

Dès la formation du groupe, la question d'un travail d'écriture a été discutée. Il semblait a priori évident à tous que la validité du travail réalisé ne pourrait pas se soutenir sans cette élaboration écrite après coup.

Les discussions préliminaires qui ont amené à la constitution de ce groupe en ont cependant décidé autrement. En effet, face à l'exigence quelque peu idéale de laisser trace de l'élaboration commune dans un texte, l'évidence s'est assez rapidement imposée que la spontanéité des échanges et, par dessus tout, le risque de dévoilement que chacun prenait face aux autres ne se soutiendraient que dans la mesure où ces mêmes échanges pouvaient se dérouler non seulement dans une ambiance confraternelle mais encore avec un minimum de garantie de confidentialité.

Il a donc été d'emblée décidé que les réunions consacrées aux seuls cas cliniques ne donneraient pas lieu à un quelconque travail écrit même si chacun reste évidemment libre de prendre des notes personnelles. Ce second niveau d'élaboration, quoique non négligeable, a donc délibérément été sacrifié afin de privilégier la possibilité pour chacun de s'exposer face aux autres.

En revanche les réunions consacrées à un thème précis, et a fortiori, les réunions d'interface, peuvent faire l'objet de comptes rendus plus formels qui en résument la teneur.

Évaluation

Il pourra sembler présomptueux de parler d'évaluation au regard d'un travail qui, ainsi que nous venons de le préciser, ne se soucie pas de laisser la moindre trace tangible. Des informations plus indirectes peuvent cependant nous renseigner sur le profit que les praticiens peuvent y trouver.

Nous observons tout d'abord que dans notre expérience, et ceci est valable pour les deux groupes que nous avons constitués, il existe une assiduité tout à fait remarquable de la majorité des participants, aucune réunion n'ayant rassemblé moins des deux tiers des membres du groupe. Cette assiduité est d'autant plus louable que le travail a lieu le week-end et que la majorité des participants doivent parcourir des distances variant de 30 à 80 kilomètres pour s'y rendre. Le premier constat qui s'impose donc est que les praticiens qui participent à ce type de travail ont incontestablement le sentiment d'un bénéfice suffisant pour soutenir cette participation.

Il reste à cerner la nature de ce bénéfice.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, il ne faut pas sous-estimer un premier effet de réassurance chez des praticiens isolés dans leurs cabinet. Il est clair en effet que certains prennent la parole plus facilement que d'autres et, à l'extrême, quelques uns ne dévoilent pratiquement rien de leur propre pratique. Cette réserve a d'ailleurs été l'occasion de contestations de la part de certains parmi les plus actifs. Pour notre part, nous ne pensons pas que ce manque d'implication personnelle autorise à douter de la réalité d'un travail quand chacun est par ailleurs libre de rester chez soi.

Au delà, nous sommes par ailleurs convaincus que le principal bénéfice de ce type de groupe est d'entretenir chez chacun de ses membres un travail d'interrogation sur la pratique dont le premier effet est de l'écarter tout autant de la paresse intellectuelle que des divers dogmatismes qui, dans notre discipline, menacent de nous éloigner de la prise en compte de la singularité de chacun de nos patients. Cette interrogation est d'ailleurs incontestablement d'autant plus soutenue que les membres du groupe appartiennent à des horizons théoriques différents.

Ce travail de groupe permet donc de mettre en œuvre un véritable travail d'interformation, chacun apportant aux autres une ouverture sur ses propres intérêt théoriques sans pour autant viser une homogénéisation des pratiques qui serait non seulement mythique mais en outre certainement peu souhaitable dans notre discipline, sinon au risque de dériver à terme vers des soins complètement protocolisés.

Conclusion

Ce témoignage d'une expérience d'interformation ne prétend pas être la seule modalité possible de mise en œuvre de ce type de travail. En outre, il reste clair que ce type de formation continue ne prétend certainement pas s'imposer à la place de tout autre et qu'il n'exclut nullement les processus de transmission de connaissances plus formels, qui gardent parallèlement toute leur valeur.

Il demeure cependant que la recherche de la qualité des soins en psychiatrie se soutient davantage de l'intensité du questionnement de chacun sur sa pratique plutôt que des seules réponses toutes faites qui pourraient être trouvées par ailleurs. C'est précisément à entretenir ce processus d'interrogation – sans risque que les questions soient colmatées par un savoir trop vite ingurgité – que vise le travail dont nous avons esquissé ici les grandes lignes.

Jean-Jacques LABOUTIERE

Champagne Ardennes : un appel des psychiatres de l'Aube

Les psychiatres ont le devoir et l'obligation de garantir la confidentialité. C'est une nécessité de leur exercice et une liberté individuelle fondamentale à laquelle aucun pouvoir ne doit avoir accès : assurances privées ou mutualistes, lucratives ou non, État, municipalités, employeurs, banques, partis politiques ou syndicats.

Le Réseau de Santé Social utilisera la même architecture de réseau qu'Internet. N'importe quel informaticien, même amateur, a la possibilité d'y avoir accès. A ce jour, on peut affirmer qu'aucun système ne garantit une sécurité suffisante. C'est pourquoi les psychiatres s'opposent totalement à la télétransmission.

Vouloir installer une société efficace, fonctionnelle, comptable, informatisée, c'est bannir l'individu et l'humain.

Et même si les promoteurs d'un tout informatisé pouvaient garantir l'entière confidentialité du système, en tant qu'exécutants du pouvoir en place, comme se détermineront-ils quand un gouvernement totalitaire leur demandera de fournir des listes ? Seront-ils des Maurice Papon qui transmettront sans états d'âme ou refuseront-ils de le faire au risque de briser leur carrière ?

Y aura-t-il des ghettos de malades mentaux ou de diabétiques ou de gens âgés ? Donnera-t-on une chance à un schizophrène de travailler ou d'emprunter de l'argent ? Un adolescent suicidant devra-t-il porter cette étiquette toute sa vie ?

Des psychiatres de l'Aube disent que l'individu humain n'est pas une machine, que certains phares de l'Humanité ont été des personnalités pathologiques et que certains hommes politiques brillants sont des maniaco-dépressifs.

D'autres psychiatres, d'autres médecins généralistes ou spécialistes peuvent se joindre à cet appel.

A signer et à retourner au : Collectif Santé 10, 129 av Galliéni - 10300 Saint-Savine.