Sommaire du BIPP n° 21 - Mars 1999

Chronique de Gérard Bles : un étrange procès

Lettre ouverte à Martine Aubry et Bernard Kouchner

Argumentaire pour un dialogue avec les patients

Une autre lettre aux patients

Hospitalisation privée

Comités médicaux régionaux

Qualifications

Correspondance

Informations brèves

Informations régionales

Dernière heure : le CNPsy à 215 F ?

Chronique : un étrange procès

Gérard Bles

Il serait hyperbolique de soutenir que le procès du sang contaminé a tenu en haleine la France entière pendant trois semaines : il aura pu par contre susciter chez certains d'entre nous un malaise, un malaise profond – à toutes sortes de registres. D'abord le décalage temporel : près de 14 ans après les faits… Le temps que bien des victimes meurent, que d'autres survivent à peine, que des familles mutilées n'en finissent pas de désespérer, elles qui, plutôt qu'une illusoire vengeance, demandent avant tout à comprendre comment un tel drame a pu se produire. Le temps qu'un certain nombre de protagonistes subalternes soient déjà condamnés ou attendent encore une première ou une deuxième comparution. Le temps donc que l'on démontre qu'il y a eu des responsabilités et des fautes. Le temps aussi qu'à travers des témoignages souvent contradictoires, des interrogations s'obstinent quant à l'implication des plus hauts échelons du gouvernement et de l'État.

Fallait-il en juger – et juger, ce qui n'est pas la même chose ? Ministres et chef du gouvernement ne peuvent comparaître que devant la Cour de Justice de la République pour des faits intervenus dans le cadre de leurs fonctions. Atermoiements… Et un Procureur général qui conclut d'abord à un non lieu, au sens où il ne lui apparaît pas y avoir matière à sanction pénale. Toutes les ambiguïtés ultérieures vont partir de là : pour qu'il y ait inculpation pénale, il faut qu'il y ait faute et responsabilité individuelles, personnelles (art.121.1 du nouveau Code pénal). Pourquoi alors y a-t-il eu procès ? Sans doute parce qu'un renvoi pur et simple aurait dégénéré en scandale politique, aurait été vécu par les parties civiles comme une manipulation visant à l'auto-protection de la classe dirigeante. Et parce qu'un doute durable et rédhibitoire aurait entaché l'image, voire la carrière des personnes concernées. Toujours est-il que la Commission d'instruction a décidé de

poursuivre.

Alors procès il y a eu, qui d'emblée a pris un tour kafkaïen , les parties civiles, les toutes premières concernées, n'ayant pas accès à l'audience de par la réglementation de la Cour de Justice. Le président dudit tribunal s'avérait d'emblée peu compétent pour une affaire qu'il jugeait " surréaliste ", ignorant qu'il était de points essentiels du dossier. Le Procureur général et l'Avocat général s'employaient activement à assurer…la défense des accusés, au point qu'on a pu dire que les plaidoiries des avocats de la dite défense étaient littéralement devenues sans objet. Les accusés eux-mêmes, Laurent Fabius en tout cas, se sont fait parfois accusateurs…Il n'est pas jusqu'aux familles qui ne se soient retrouvées incriminées ! La médecine, les médecins, au passage, en ont pris pour leur grade, avec la curieuse mise en cause, à deux reprises, dans la bouche du Président de l'Assemblée nationale, du libéralisme médical (alors que l'essentiel des protagonistes étaient universitaires, experts ou hauts responsables administratif !) cependant qu'Edmond Hervé invoquait de son coté " la relation singulière entre le malade et le médecin " et l'indocilité de ces derniers. Il eut été plus cohérent, s'il y avait lieu, de s'interroger sur le pouvoir médical, la défaillance des sommités, voire les incertitudes de la science… A travers les nombreuses contradictions des témoins, n'hésitant pas à soutenir parfois des contre-vérités flagrantes, et s'employant le plus souvent à dédouaner les accusés, il est apparu au moins, selon l'avis des commentateurs, une réalité, celle des dysfonctionnements de l'appareil d'État, avec, en cible, les cabinets ministériels et leurs experts, qui ont apparemment failli à transmettre des informations déterminantes, plus préoccupés semble-t-il de décharger leurs ministres des décisions à prendre plutôt que de les éclairer.

Alors tous blancs, tout purs, nos ministres ? Au sens du code pénal, très vraisemblablement. Moralement même, peut-être – au moins l'affichaient-ils, hormis Edmond Hervé qui parut souvent très affecté. Il est dur, il est compliqué de gouverner, même si on a consacré sa vie pour y parvenir et s'y maintenir. Concrètement, il est très difficile pour un Ministre d'être précisément informé et donc clairvoyant sur tout – ce d'autant qu'à l'époque, souvenez-vous en, le Sida n'apparaissait pas encore aux yeux du public, même médical, revêtir les proportions du fléau tel qu'il est vécu aujourd'hui (et cela même si malgré tout on en savait plus long qu'on le prétend parfois). Il est donc quelque part fou de leur attribuer une responsabilité homicide plus ou moins délibérée. Alors, acquittés ? Très probablement – ce sera justice, au sens du code pénal. Et reste le malaise…

Peut-être parce que le véritable accusé n'est jamais comparu, n'a même jamais été évoqué : le responsable de ce drame, c'est une politique, une politique que nous connaissons bien depuis 20 ans, de droite ou de gauche, la politique économique de restriction des dépenses de santé. Non pas la politique du bon usage, elle est légitime – que n'a-t-elle été appliquée à ce moment-là ! Mais l'obsession d'un encadrement comptable des dépenses qui devient la ligne directrice de tout l'appareil politique, cabinets, grandes directions, gestionnaires de tous niveaux, un appareil tout entier appliqué à satisfaire aux directives ministérielles comme c'est par principe son rôle. Il faut énormément de courage et de clairvoyance pour s'insurger, voire se démettre. Et les conséquences de ce que l'on applique sont si lointaines, si médiates, presque irréelles !

Un témoignage sur ce point, personnel, mais que pourrait recouper H. Bokobza qui m'accompagnait lors d'une démarche que nous fîmes à peu près dans la même période auprès du directeur de cabinet d'Edmond Hervé. Nous étions allé exposer, dossiers à l'appui, toutes les conséquences négatives pour les intéressés qu'allait entraîner à moyen terme la démédicalisation alors entreprise dans les établissements de l'enfance inadaptée. Ce haut responsable, après nous avoir écouté attentivement, nous répondit qu'il savait cela, mais que l'impératif gouvernemental absolu était les économies à court terme, et qu'il ne pouvait revenir sur la politique instaurée…

C'est tout. Dans ce dernier cas, pas de morts mais de la souffrance en plus, qui était évitable. C'est ce même mécanisme qui est en cause dans l'affaire du sang – et on comprendra mieux ainsi ce qui a pu se passer à l'époque, qu'il s'agisse par exemple du problème des tests ou de la commercialisation persistante de produits

à risques. Le corps médical, globalement, n'est certes pas indemne de responsabilités dès lors qu'au moins lui ne s'est pas unanimement insurgé. Savait, savait pas ? Certains des experts n'étaient pas sûrs, disons. Mais il est des risques que l'on n'a pas le droit de prendre : il peut être un devoir d'être intransigeant, au risque de déplaire. Et aujourd'hui encore, il faut savoir refuser…

De la politique adoptée, des ministres et un chef de gouvernement sont certainement responsables – pas devant la justice mais devant les citoyens qui leur ont confié leur destin. Encore faut-il que le problème soit posé clairement : le moins que l'on puisse dire est que le recours à la Justice, serait-elle d'exception, n'a fait que brouiller les cartes. Et qu'aucune leçon ne sera peut-être jamais tirée de ce drame sur ce plan, ce qui n'est pas le moins grave.

Gérard BLES

On peut lire une très complète et objective présentation de l'affaire dans un supplément du Monde du 6 février 1999.

Lettre ouverte à Martine Aubry et Bernard Kouchner

Gérard Bles

Nous avons tous reçu individuellement dans la dernière semaine de février une longue lettre de Martine Aubry et Bernard Kouchner exposant leur projet politique actuel et sollicitant le dialogue et les propositions de chaque praticien. Nombre d'entre vous ont réagi très vite, les uns avec étonnement ou irritation, quelques autres sensibles à l'ouverture ainsi faite, beaucoup souhaitant disposer de l'analyse du SNPP avec des éléments de vue d'une réponse qu'il est sans doute souhaitable d'effectuer individuellement - tout en pointant ce que peut avoir de difficilement acceptable ce contournement des structures représentatives de la profession.
Dans les jours qui ont suivi, le SNPP a adressé aux ministres la lettre ouverte que l'on lira ci-après. Parallèlement, nous avons rédigé une «Troisième lettre à mes patients» recentrée sur cet événement (alors qu'elle devait être primitivement consacrée au secret) - lettre que vous avez reçue ces jours derniers.
En complément de celle-ci, nécessairement simple et brève, vous trouverez plus loin, sous la plume de Jean-Jacques Laboutière, des éléments de réflexion plus étoffés qui peuvent enrichir l'échange avec vos patients.
Ces documents peuvent répondre à certaines de vos interrogations, à l'instar des indications que nous vous avons données dans notre lettre circulaire du 8 mars 1999 sur les «points durs» qu'il ne nous parait pas possible de négocier.
N'hésitez pas à ouvrir la discussion au niveau syndical, ne serait-ce qu'en nous communiquant la lettre que vous pourriez avoir été amenés à écrire aux ministres qui nous sollicitent.

G.B.

LETTRE OUVERTE

À MARTINE AUBRY ET BERNARD KOUCHNER

Madame la Ministre,
Monsieur le Secrétaire d'État,

Vous avez pris la peine de vous adresser à chacun d'entre nous à l'occasion de la crise institutionnelle dans laquelle nous nous débattons tous, politiques, gestionnaires et soignants.

Votre lettre est courtoise, habile, les questions les plus brûlantes et les plus controversées sont exposées sur un mode serein, presque bénin. Il faut reconnaître que ce ton nouveau nous change agréablement des volées de bois vert qui nous ont été administrées ces dernières années, directement par le pouvoir politique et les responsables des Caisses, ou par l'intermédiaire de médias dont les sources d'information nous ont trop souvent paru univoques… et contrôlées.

Il est vrai qu'à nous présenter obstinément comme une classe de privilégiés, voire de " profiteurs " (aussi bien de la souffrance des citoyens que du système de protection sociale qui leur garantit l'accès aux soins), l'opinion publique – enfin, une partie d'elle - nous serait plutôt hostile, alors même que chaque Français, individuellement, garde un lien privilégié avec " son " médecin. Nous ne redorons notre blason médiatique qu'à l'occasion des grandes avancées scientifiques, ou supposées telles, des " miracles " de la médecine, ceux-là mêmes qui coûtent cher. Mais le soin " banal ", le réconfort quotidien, l'écoute patiente, le recours aux " petits " moyens, ne sont guère valorisés de par leur discrétion même, quand ils ne sont pas indirectement stigmatisés lorsqu'un Médecin-conseil national ou un Directeur de Caisse nationale dénoncent 100 milliards de gaspillage (curieusement, le montant de la somme n'a pas varié en près de 20 ans, ce qui lui confère son poids de symbole – ou sa valeur de slogan… Actualisons, démontrons si l'on peut…).

Nous apprécierions malgré tout, non pas de recevoir un quelconque hommage, mais de bénéficier de la reconnaissance du service rendu comme de sa juste appréciation : 8 à 12 ans d'études, 10 à 12 heures de travail quotidien, des efforts soutenus de formation continue, des responsabilités éprouvantes, une aptitude décisionnelle de tous les instants, devraient suffire largement à justifier un revenu moyen qui n'excède pas celui des cadres. Nous apprécierions, redisons-le, que nos Ministres de tutelle reconnaissent clairement que nous ne sommes pas globalement des exploiteurs, des rentiers de situation, et que nous méritons une rémunération volontairement bridée par notre engagement conventionnel. Mais passons…

A propos de quoi, cependant, nous devons dire notre fréquente déception de l'expérience des États généraux qui nous ont paru trop souvent le prétexte à une charge anti-médicale de la part d'un public " choisi " et dont nous avons des raisons de penser qu'il a été souvent " travaillé " pour réagir dans " le bon sens ". Nous y sommes allés, mais la parole – une parole pas toujours respectueuse, je vous le concède – nous a souvent été refusée. Passons encore…

Dernière considération préalable : flattés que nous sommes que vous nous interpelliez personnellement en sollicitant notre avis, un doute cependant nous saisit quand vous évoquez le " décalage " des débats nationaux par rapport à nos préoccupations de terrain . Estimeriez-vous que nos organisations représentatives, nos syndicats, doivent, pour que vous accédiez à cette vérité, être contournés ? Nous ne saurions l'imaginer de la part de démocrates eux-mêmes élus et forts de cette désignation par le peuple…Pas plus nous ne saurions croire qu'il y ait là une quelconque manœuvre de division – avec d'ailleurs et dès lors le risque de déboucher sur des regroupements spontanés et aléatoires, sympathiques peut-être, imprécateurs souvent, maîtrisables difficilement et qui pourraient justifier à nouveau la rupture du dialogue…

Mais venons-en au fait, c'est-à-dire la longue évocation que vous nous proposez de notre avenir et de vos projets sur ce même avenir. Il apparaît presque de mauvais goût de ne pas être convaincu par ce brillant exercice de style, scandé par des mots-clés magiques comme indépendance, libre choix, qualité, progrès, modernisation, refus de la coercition et du dirigisme (" procédurier, tatillon et administratif ", je vous cite). Aussi avancerais-je volontiers que ce qui nous questionne, c'est ce qui n'est pas dit, ou qui doit être lu entre les lignes.

Il est vrai, néanmoins, que vous nous rappelez clairement que votre objectif est **la maîtrise des dépenses de santé** et l'invention de " mécanismes de sauvegarde ", sans prononcer toutefois le mot fatidique de régulation **comptable** mais en nous laissant bien entendre que d'ici quatre mois… (cela fait juin, si je ne me trompe ? Pourquoi juin ?). Pourtant, vous nous dîtes que vous ne sauriez penser que " la contrainte et… la perspective d'une contribution financière modifieraient les pratiques médicales " : alors, pourquoi vous donner tout ce mal ?

Pourquoi tout ce mal alors que, selon vous, tous les instruments de modernisation de notre système sanitaire vont très naturellement réguler ces fameuses dépenses ? Serait-ce que vous n'êtes pas si assurés que cela du résultat escompté ? La question effectivement est de savoir 1) si tous ces instruments ne vont pas finalement induire un coût propre très élevé (il l'est déjà, autant que nous le sachions), qu'il s'agisse d'outils, de commissions, comités et instances multiples et de contrôles divers ? 2) si leur mise en œuvre ne va pas laisser apparaître non tant des gaspillages (il y en a, comme dans toute institution humaine) que des besoins mal ou non satisfaits (il est vrai que vous ne soufflez mot sur **l'épidémiologie et l'inventaire des besoins**, comme sur la prévention, cette éternelle mal-aimée de notre système sanitaire, aussi souvent invoquée que mal dotée !).

A moins que tous ces instruments n'aient finalement et avant tout, comme effet sinon comme objectif avoué, un renforcement des contrôles et du dirigisme dans les procédures de soins, puisque dans tous les cas, c'est l'État qui supervise, organise, édicte ou finalise les modalités comme les contenus ? Ce qui serait d'ailleurs dommage, en suscitant inévitablement chez les professionnels des réactions de rejet à l'égard de méthodes de travail qui pourraient avoir tout leur intérêt dans un autre contexte.

Un exemple : **l'informatisation**. Il serait vain d'en contester l'utilité comme la place à venir dans notre société. Vous nous dîtes qu'elle ne sera pas, comme précédemment envisagé, " un outil de coercition et de contrôle de notre activité " : force nous est cependant de constater qu'elle reste ce qu'elle était, avec les mêmes risques potentiels, qu'il s'agisse de télétransmission, du volet santé de Sésam-Vitale 2 ou autres. Vous n'avez pas l'intention, dîtes-vous, de contrôler notre activité ou d'influer sur nos pratiques : mais l'instrument l'autorise et rien ne nous garantit que la volonté politique ne changera pas demain. Quelle charte, quel dispositif légal nous en protège ? Quant au **secret médical** dont l'invocation finit apparemment par exaspérer tout le monde administratif mais auquel les médecins et encore plus leurs patients demeurent profondément attachés, vous n'en dîtes rien – par oubli ?

Là où votre administration paraît devoir relâcher son emprise, c'est sur la **formation médicale continue** – non sans paradoxe puisque les professionnels depuis 2 ans s'étaient beaucoup impliqués dans l'organisation des structures et des moyens à partir du cahier des charges qu'on leur imposait. Nous regrettons un peu certains efforts désormais sans objet, mais nullement de retrouver une plus grande marge d'initiative dans ce domaine – en nous interrogeant cependant sur la raréfaction des financements qui pourrait accompagner cette évolution. Mais peut-être estimez-vous que c'est la sophistication éventuelle des instruments d'**évaluation** des pratiques qui deviendra le principal aiguillon à ce travail de formation et de mise en conformité (quand même !) avec les AMM, RMO et autres recommandations de bonne pratique. Nous notons que vous entendez privilégier dans ce cadre l'auto-contrôle professionnel alors qu'il y a quelques mois vous annonciez la réorientation de la mission des médecins-conseils dans cette direction. Cela a-t-il aussi changé ?

Qui ne se réjouirait enfin de vous voir encourager **l'innovation** ? Mais quelles innovations ? Dans votre propos, on peut percevoir le désir que soient remis en question certains des principes de l'exercice libéral, en "modernisant, adaptant ou assouplissant " nos conditions d'exercice et nos rémunérations. Nous n'avons pas d'objection à ce que les médecins puissent choisir tel ou tel mode de travail selon leurs aspirations ou les besoins, pour autant qu'ils puissent également, s'ils le préfèrent, garder sans pénalisations leurs modalités de fonctionnement actuelles. Il y aurait inégalité de traitement et danger à promouvoir publicitairement tel ou tel système. Tout comme il est hasardeux d'avancer que " le réseau doit devenir le mode normal d'exercice " : là encore, les évolutions doivent être fonction des besoins, non d'une doctrine. Par exemple, des expériences de réseau anciennes comme la sectorisation psychiatrique ou les pratiques communautaires ont montré leur

intérêt mais aussi leurs limites – en laissant apparaître l'important besoin qui subsiste d'une pratique de soins strictement individuelle, personnalisée. Nous espérons par contre que deviendront enfin accessibles aux psychiatres libéraux les possibilités de pratiques institutionnelles souples et décentralisées qui rentrent dans le cadre de ces " structures intermédiaires " jusqu'à présent à eux refusées au nom des règles traditionnelles de rémunération et de contrôle – ou du respect de la carte sanitaire…

Vous ne dîtes mot enfin de la démographie médicale – ce qui laisse entendre, je suppose, que les options jusqu'ici retenues sont maintenues, en particulier la réduction des spécialités au profit de la médecine générale. Cependant, c'est l'inventaire des besoins, une fois de plus, qui devrait constituer la pierre de touche d'une telle politique et non un choix doctrinal (ou économique ?). A titre d'exemple, votre entourage reconnaît l'ampleur des besoins en psychiatrie alors que la discipline est programmée pour une réduction démographique drastique (30 % en 15 ans). Est-ce bien cohérent ?

Telles sont quelques unes des réflexions, rapidement formulées, que suscite en première approche votre lettre. N'y voyez pas la démonstration de notre " conservatisme ", ou l'efflorescence de notre " paranoïa " (même si l'expérience de ces dernières années nous rend inévitablement méfiants), mais bien la preuve du sérieux que nous mettons à analyser vos propos, dans le souci où nous sommes d'administrer **nous aussi** une bonne médecine, une médecine digne d'un pays moderne et riche dont les citoyens peuvent choisir de privilégier la santé sans la traiter comme une consommation banale – dans la volonté où nous sommes également de voir préservé un système de protection sociale qui garantisse l'accès à des soins de qualité pour tous, sans discriminations liées aux risques ou aux ressources. Nous sommes prêts à coopérer avec vos services pour inventorier les bonnes réponses, qui ne sont pas forcément toutes les nôtres ni toutes les vôtres. Mais, de grâce, faites en sorte que cet échange ne se transforme pas (une fois de plus ?) en marché de dupes !

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, Monsieur le Secrétaire d'État, à l'assurance de ma haute considération,

Dr Gérard BLES

Propositions d'argumentaire à l'appui de la "Troisième lettre à mes patients"

Jean-Jacques Laboutière

Après les graves remous de décembre dernier en rapport avec la mise en place du dispositif de reversements puis l'annulation de ce mécanisme par le Conseil constitutionnel, le gouvernement manifeste la volonté de renouer le dialogue avec les professionnels de santé. Chaque médecin a reçu la longue lettre de Martine Aubry et Bernard Kouchner dans laquelle ils précisent leur politique – redoutant semble-t-il qu'elle ne soit pas bien comprise, mais est-ce bien le problème ? – et pour nous inviter à exprimer librement nos propositions.

Les médecins demandaient de longue date cette reprise de dialogue et ne peuvent que se féliciter de cette initiative. Rappelons toutefois que la rupture n'était due aux qu'à l'intransigeance des pouvoirs publics. En dépit de la surdité du pouvoir politique depuis fin 1995, les instances représentatives de la profession ne se sont jamais lassées de faire les propositions que demandent maintenant les ministres. Faut-il entendre que leur représentativité est considérée comme douteuse ? C'est ce que cette invitation au dialogue individuel pourrait laisser craindre, préjugé qui permettrait à nos interlocuteurs de réfuter toutes les propositions émises

depuis trois ans par nos syndicats.

Quoi qu'il en soit, le dialogue ne se refuse pas et il va de soi que les médecins ne feront pas la sourde oreille à cette invitation gouvernementale. Il a été amorcé pour nous à travers la lettre ouverte adressée par Gérard Bles à Martine Aubry et Bernard Kouchner. Parallèlement nous avons informé tous les psychiatres privés de l'analyse faite par le SNPP quant à la lettre de nos ministres de tutelle et diffusé une " Troisième lettre à mes patients ", les deux précédentes ayant reçu un accueil très favorable.

Reprenant le plan de cette dernière lettre, nous vous proposons ici une réflexion complémentaire plus détaillée propre à alimenter l'échange avec nos patients comme à étayer le débat avec nos ministres.

Les médecins misent sur la qualité des soins et la prévention

A la vision purement comptable des choses défendue par les pouvoirs publics depuis 1995, les organisations professionnelles peuvent opposer trois propositions : le recensement des besoins de soins, la prévention et la qualité des soins. Certes l'objectif de ces propositions n'est pas a priori de limiter l'évolution des dépenses de santé mais la profession fait pourtant le pari qu'elles peuvent y contribuer.

Les besoins de soins

La politique défendue par les pouvoirs publics repose sur un axiome : la maîtrise comptable ne sera pas source de rationnement de soins et n'altérera pas la qualité des soins puisque les dépenses de soins remboursées en France excédent largement les besoins sanitaires réels.

Or la démonstration de ce principe n'a jamais été faite de manière probante. Quelques rapports très généraux publiés sur ce sujet ont abouti à des résultats très divergents et assez fantaisistes. La profession demande de longue date que soit mise en place une démarche d'épidémiologie qui permette d'établir avec précision la réalité des besoins de soins.

La prévention

On l'ignore souvent, le financement de la prévention n'entre pas dans les missions de l'Assurance maladie même si elle y contribue de façon modique, de sorte que ce budget, qui dépend avant tout du ministère de la santé, est réduit à la portion congrue. Pourtant, même si les actions de prévention ont un coût, peut on imaginer moyen plus efficace de réduire les dépenses de santé que celui qui consisterait à empêcher que les pathologies n'apparaissent ou ne se développent jusqu'à des états morbides graves et coûteux à soigner ?

Certes, dans le domaine particulier de la psychiatrie, les interventions de prévention se limitent à la possibilité de prendre en charge les décompensations psychiques **le plus précocement possible** (prévention secondaire), faute de quoi le risque serait grand de tomber dans une vision " hygiéniste " de la santé mentale dont les possibles excès sont trop évidents pour que nous ayons besoin d'y insister.

Que revendiquent les médecins, et tout particulièrement les psychiatres, à ce titre ? Outre la prise en charge des actes de prévention, uniquement des choses très simples et de bon sens : être suffisamment nombreux pour être disponibles pour les patients et non plus surchargés par la demande de soins comme c'est généralement le cas actuellement ; que le patient soit libre de consulter un spécialiste s'il en ressent la nécessité ; le respect du secret dû à la vie intime des patients afin que chacun d'eux puisse en toute confiance s'ouvrir de ses craintes à son médecin ; enfin, que la nomenclature privilégie en général la rémunération des actes de consultation plutôt que les actes techniques afin que l'ensemble des médecins puissent consacrer plus de temps à chaque patient plutôt que d'avoir trop systématiquement recours à des examens complémentaires..

La qualité des soins

Le dernier volet des propositions de la profession est la recherche constante de l'amélioration de la qualité des soins. Non que ceux-ci soient de qualité médiocre : ils sont reconnus pour être d'un excellent niveau, mais la médecine évolue vite et se maintenir à ce niveau de qualité implique un effort sans fin.

Cette exigence de qualité se développe pour les médecins selon deux directions : tout d'abord que soit respectées les exigences techniques propres à chaque mode d'exercice et à chaque discipline au lieu que des réglementations trop hâtivement rédigées ne viennent les remettre en question. Ainsi, en psychiatrie, la question de la confidentialité et du libre accès du patient au psychiatre sont de ce point de vue tout à fait cruciales. Ensuite, que chaque médecin puisse s'investir dans un processus de **formation médicale continue** d'autant plus profitable pour lui et ses patients qu'il pourra disposer d'une offre de formation adaptée à sa pratique et qu'il se sera librement investi dans ces actions de formation.

Les malentendus avec les pouvoirs publics

Il serait excessif de prétendre que ces propositions ne sont pas prises en compte par les autorités de tutelle. Force est cependant de constater qu'il persiste de considérables divergences sur les modalités de leur mise en œuvre. Que nous opposent en effet les pouvoir publics ?

A notre demande de recensement des besoins sanitaires, il nous est répondu que c'est le volet médical de la carte Sésam-Vitale 2 qui viendra tout résoudre. Coûteuse à mettre en place, encore incertaine quant à sa fiabilité, problématique au regard de la confidentialité des données médicales, cette carte donnera-t-elle de meilleurs résultats que des études épidémiologiques élaborées en commun avec la profession et qui n'auraient pas eu les mêmes inconvénients, notamment du fait de leur anonymat ? Les pouvoirs publics souhaitent-ils vraiment connaître les besoins sanitaires des Français ?

Par ailleurs, là où les psychiatres défendent l'importance la prévention secondaire et soulignent l'importance de la précocité des prises en charge, ce qui suppose avant tout une révision des prévisions démographiques pour la discipline, on nous répond Santé publique en nous invitant à participer à des programmes aussi vastes que parcellaires élaborés de manière trop centralisée et trop protocolaire pour que chaque psychiatre puisse s'y articuler avec souplesse.

Quand nous évoquons notre exigence de qualité des soins on nous répond là encore informatisation et travail en réseau, comme si un ordinateur pouvait à lui seul garantir quoi que ce soit en matière de qualité des soins et comme si le partage systématique de l'information pouvait dans tous les cas y contribuer. Les psychiatres, comme tous les médecins, peuvent comprendre l'importance de la coordination des soins dans certains cas, tout particulièrement lorsqu'un traitement médicamenteux peut interférer avec les traitements que d'autres praticiens seraient amenés à prescrire, mais quel intérêt cela peut-il avoir pour la qualité des soins de faire connaître à tous les médecins d'une ville que tel patient a consulté un psychiatre, et a fortiori de communiquer un diagnostic ? Cela ne fera-t-il pas au contraire redouter au patient que le regard de ses médecins sur lui-même n'en soit modifié au détriment parfois de la qualité des soins recherchée ?

Enfin, quand nous parlons de Formation Médicale Continue et de l'importance de la diversité de l'offre afin que chaque praticien puisse se former selon la nécessité qu'il en ressent, il nous est répondu par l'obligation de formation sur certains thèmes choisis par les pouvoirs publics et par la mise en place de procédures d'évaluation et de validation de ces mêmes formations. Les médecins connaîtraient-ils moins bien les besoins de leurs patients et leurs propres insuffisances que les pouvoirs publics, et ont-ils si peu étudié dans leur vie qu'ils ne puissent d'eux mêmes évaluer la valeur d'une formation ?

La maîtrise comptable reste le principe de la politique gouvernementale

Au delà de ce premier niveau du débat qui montre déjà bien à quel point il est difficile de se comprendre entre professionnels et pouvoirs publics, reste le problème de fond de l'orientation générale de la politique de santé. Sans préjuger de l'évolution des choses dans les prochains mois il est clair sur ce point que le gouvernement n'envisage pas de renoncer au principe de la maîtrise comptable. Pourquoi cet attachement ? Il repose essentiellement sur deux ordres d'arguments.

Argument macro-économique

Le premier argument est économique : les dépenses de santé représentent en France environ 10 % du Produit Intérieur Brut, alors que tous les autres pays d'Europe restent en dessous de ce pourcentage (de 6 à 9 % selon les pays). Il y aurait donc une tendance à " harmoniser " cette part du P.I.B. consacrée aux dépenses de santé avec ce qui est observé chez nos voisins, afin nous dit-on de rendre notre économie plus compétitive.

A vrai dire cet argument devrait être considéré avec prudence faute d'informations suffisantes pour pouvoir pleinement juger de sa pertinence. En effet, s'il est vrai que le volume des dépenses de santé ramené au P.I.B. est en France le plus élevé d'Europe, (et le deuxième du monde après les U.S.A.) il ne faut pas non plus perdre de vue que le secteur de la santé contribue à hauteur de 6% à la formation de ce même P.I.B., ce qui est non moins considérable. En toute rigueur, c'est la différence entre cette contribution à la richesse nationale et le volume des dépenses liées à la santé dont il nous semble qu'elle devrait être comparée avec le même chiffre chez nos voisins européens, et non pas le seul chiffre des dépenses comme on le fait toujours. Cette différence est de l'ordre de 4 % en France. Nous ne disposons malheureusement pas des chiffres pour les autres pays d'Europe mais, d'une part, est-il pleinement assuré que nous fassions à cet égard beaucoup plus mal qu'eux et, d'autre part, peut-on garantir qu'en cas de maîtrise comptable la contribution à la richesse nationale du secteur économique de la santé conserve le même niveau ?. Il serait pour le moins regrettable que l'on prenne le risque d'un rationnement et/ou d'une perte de qualité des soins pour obtenir exactement le même résultat sur le plan macro-économique. Nous ne pouvons cependant que poser la question, les données précises permettant d'approcher la réponse n'étant pas à notre disposition pour autant qu'elles existent.

La survie de la Sécurité sociale

Le second argument invoqué en faveur de la maîtrise comptable des dépenses de santé est qu'elle serait indispensable à la survie même de la Sécurité sociale. Il s'agit là d'un argument " fort " et qui doit être pris très au sérieux car nous sommes tous, patients et médecins, également attachés à la Sécurité Sociale.

Depuis fort longtemps, les gouvernements successifs ont pris l'habitude d'opposer la croissance des dépenses de santé et cette survie de sorte que chacun a pris l'habitude de considérer cette relation comme naturelle et évidente. Les choses demandent cependant à être approfondies, ce qu'on comprendra mieux en se plaçant d'abord dans l'hypothèse où la Sécurité sociale n'existerait pas (ou plus).

Que se passerait-il en effet dans ce cas ? Ici encore, l'étude des systèmes de protection sociale de nos voisins nous donne la réponse. Nous pouvons grossièrement en dégager trois modèles : - soit l'assurance maladie est prise en charge par les assurances privées (mutualistes ou capitalistes) qui équilibrent leurs comptes en jouant à la fois sur le niveau des cotisations et sur la sélection des risques, - soit il existe une médecine nationalisée avec un financement d'État équilibré a priori mais limitant inévitablement les soins disponibles, sur le modèle du National Health Service britannique (c'est le principe même de la maîtrise comptable), - soit, enfin, les deux systèmes coexistent, certains soins de base étant pris en charge par des fonds d'État, d'autres par des assurances complémentaires, réalisant alors une médecine à deux vitesses dans le cadre de laquelle l'accès aux soins sera pour partie déterminé par la situation financière des patients.

N'oublie-t-on pas trop vite que la profonde originalité de la branche Assurance Maladie de la Sécurité sociale est (ou était ?) de ne pas se limiter à n'être qu'un système de protection social ? Son ambition, exprimée dès son origine, était en effet de réaliser un système de couverture original dans lequel il n'existerait bien sûr

aucune sélection du risque a priori (au contraire de ce que risquent fort de pratiquer les assurances privés et que pratiquent déjà les "National Services " étrangers), mais surtout **pas de limitation des dépenses** dès lors que ces dépenses sont justifiées à la fois par la nécessité et la qualité des soins. Au contraire des systèmes de protection sociale " internationaux " qui visent avant tout à garantir un " panier de soins " minimum à leurs ayant droits, la Sécurité sociale revendiquait donc d'emblée la qualité des soins pour tous. En d'autres termes, il est permis de dire que sa radicale originalité était, au-delà du consensus international sur la nécessité d'une protection sociale en matière sanitaire, d'exclure a priori toute possibilité de médecine à deux vitesses.

Certes, cette originalité s'est historiquement fondée sur un pari de **prospérité économique** durable dont nous savons qu'il n'a pu être tenu, de sorte qu'il existe depuis des années un déficit chronique de la branche Assurance maladie, aussi relatif soit-il. Mais cette originalité s'est aussi appuyée sur une **volonté politique** : maintenir coûte que coûte l'égalité des chances dans l'accès non pas seulement aux soins mais surtout à des soins de qualité, quels que soient les moyens financiers du patient, quels que soient les pathologies en cause, en soutenant contre vents et marées le principe d'une cotisation d'assurance maladie obligatoire et proportionnelle aux revenus des cotisants.

Le déficit répété des comptes a toutefois obligé les gouvernements à composer avec la réalité et à céder sur le principe : augmentation des cotisations, introduction ou majoration des tickets modérateurs ouvrant la porte aux assurances privées, création du secteur à honoraires libres, sont autant de mesures qui, au fil du temps, sont venues porter de graves attaques à l'ambition initiale d'une égalité d'accès à des soins de qualité. Il est vrai que cette dérive reste corrigée dans certaines limites par des mesures telles que l'exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux et l'aide médicale gratuite pour ceux qui ne pouvaient s'offrir une assurance privée pour financer le ticket modérateur. Mais il est incontestable que, de ce point de vue, nous ne pouvons que tomber d'accord avec le fait que l'expansion indéfinie des dépenses de santé réalise bien une menace pour la survie de ce que la Sécurité sociale avait de spécifique par comparaison avec les systèmes de protection sociale étrangers.

Observons cependant ceci : si les aléas de l'économie ont contraint à céder sur le principe de l'égalité d'accès aux soins, ils n'ont pour autant jamais jusqu'ici amené à transiger sur la qualité des soins.

Mais que prétend-on nous faire croire quand on affirme que seule la maîtrise comptable pourrait assurer la survie de la Sécurité sociale et de ses principes (ou de ce qu'il en reste)? Ne la transforme-t-on pas ipso facto en un simple fond d'État, un " National Health Service ", probablement insuffisant à rembourser l'intégralité des soins puisqu'il n'est tenu aucun compte des besoins, aggravant le caractère inégalitaire du système en élargissant mécaniquement le champ des assurances privées pour couvrir les besoins sanitaires non budgétisés mais, surtout, cédant cette fois non plus seulement sur l'égalité d'accès aux soins mais aussi sur la qualité ? Car tout le problème, et tout le débat, est là : peut on sérieusement prétendre rationaliser l'organisation des soins pour permettre une diminution des dépenses qui soit compatible à **qualité constante** avec la maîtrise comptable ? Si oui, la maîtrise comptable est effectivement un moyen de défendre la Sécurité sociale, sinon la maîtrise comptable est le moyen de supprimer ce qui reste de son originalité et de sa spécificité pour la transformer en un banal système de protection sociale sur le modèle international des " National Health Services "…

Conclusion

Si un dialogue longtemps attendu semble donc se renouer avec les pouvoirs publics, sur quelles bases va-t-il s'ouvrir? Sera-t-il l'occasion de clarifier – et s'il se peut de faire enfin entendre – les propositions que les médecins présentent aux pouvoirs publics depuis des années ou bien resterons-nous verrouillés dans l'incompréhension dans laquelle nous nous débattons, en particulier depuis 1995, boucs émissaires désignés d'une augmentation des dépenses de santé dont personne dans la sphère politique ne semble plus avoir le courage de dire qu'elle est pourtant inévitable à moins de rationner les soins, qualitativement et

quantitativement ?

Nous n'aurons sans doute pas longtemps à attendre pour savoir quelle tournure prendra ce dialogue car le gouvernement est pressé et a déjà fait savoir qu'il ne donnait que quelques mois à la profession pour trouver un accord.

Jean-Jacques LABOUTIERE

Une autre lettre que nous aurions pu adresser à nos patients (et nous le pouvons toujours...)

Christophe Delcourt

Le Dr. Christophe DELCOURT, psychiatre à Reims, nous a adressé début février un texte qu'il avait rédigé comme "Troisième lettre à mes patients" et consacré au secret, dont nous pensions nous inspirer jusqu'à ce que l'actualité professionnelle (la lettre des ministres) nous amène à recentrer sur ce dernier événement le projet de lettre aux patients que vous venez de recevoir. Nous pensons néanmoins utile de vous communiquer dès à présent cette élaboration très pertinente, dont vous pourrez faire votre profit.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans mes deux précédentes lettres, j'ai tenté de vous informer des enjeux de la loi Juppé reprise par Mme Aubry. Il y a un point essentiel dont je tiens à vous parler aujourd'hui. C'est celui du secret médical.

Celui-ci pour les médecins est absolu et inaliénable, limité seulement par la déclaration obligatoire de quelques maladies aux fins de protection de la collectivité. Vous mesurez sans doute l'importance de ce secret dans la discipline dont je m'occupe. Il s'agit là des choses humaines les plus intimes qui ne sauraient souffrir la moindre divulgation.

Or, aujourd'hui, ce secret est menacé par le plan Juppé-Aubry. Vous avez reçu une carte " vitale " qui doit permettre, dans un premier temps, de transmettre par voie informatique la partie administrative des actes médicaux puis à terme, sur la carte " vitale II ", l'ensemble de votre dossier médical. C'est un système dangereux pour chacun comme pour la collectivité.

Contre l'avis des professionnels de la télécommunication, de l'informatique et des professionnels de santé, les gouvernements successifs ont imposé un système informatique clos dans lequel les données circuleraient " librement ". Ce système n'est pas viable et l'assurance de sa sécurité est mensongère. Tout code suppose son décodage et la presse est friande des " petits génies de l'informatique " qui pénètrent tous les systèmes pour y laisser leur signature sous forme de " virus " ou bien revendre les données piratées.

Dès lors, les conditions d'un marché noir de l'information médicale sont en place. Quiconque, placée dans ce système, pourra obtenir toutes les informations vous concernant : le diagnostic, le traitement, les données de toutes sortes etc… et surtout croiser les nombreux fichiers informatiques existant déjà. Jusqu'ici les données médicales étaient en lieu sûr au cabinet du médecin. Ce système permettra de les mettre massivement à disposition. C'est cette offre qui constitue la tentation frauduleuse (c'est bien l'offre qui crée la demande).

Croyez bien que nombreux sont ceux qui y sont déjà intéressés : les compagnies d'assurance qui pour résilier les " sujets à risque " augmentent leurs cotisations brutalement de cent pour cent. Imaginez le résultat quand ces décisions seront anticipées à partir de la connaissance d'un diagnostic tant dans l'assurance-vie que pour l'assurance-maladie. Un employeur indélicat, voire une administration ou un gouvernement, disposeraient là d'un pouvoir inquiétant. Par le jeu des participations croisées entre sociétés ainsi que grâce à la revente juteuse des données informatiques, nous pourrions nous préparer à un contrôle très serré.

C'est la porte ouverte aux montages les plus saugrenus et à une façon de traiter les êtres humains " par paquets " qui pourrait rappeler les heures les plus sombres de notre histoire. C'est un enjeu du lien social pour aujourd'hui et demain.

Nous avons à et nous allons résister à ces dispositions. Mais les seuls médecins ne peuvent faire valoir ce choix quant au secret médical. Ce problème concerne chacun d'entre nous. Aussi je vous appelle à réfléchir à cette question, à en parler autour de vous, à interroger vos élus, à questionner votre caisse d'assurance-maladie, le Conseil de l'Ordre des Médecins voire les autorités de l'État. Il importe sur ces questions d'obtenir des réponses claires et certaines.

Dr Christophe DELCOURT

Hospitalisation privée

Gérard Bles

UN " FEUILLETON " A REBONDISSEMENTS : LA CONTROVERSE AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA " PERMANENCE MÉDICALE " PRÉVUE PAR L'ANNEXE XXIII

Est-il nécessaire de rappeler le conflit qui oppose depuis des années les praticiens exerçant en hospitalisation privée et les établissements, en particulier ceux dépendant de la FIEHP (le syndicat catégoriel se dénommant désormais le "C PSY "), sur la question de la charge financière de la **permanence médicale** prévue par l'Annexe XXIII qui régit ces établissements et qui se traduit très souvent par l'inclusion de son coût dans la **redevance** que versent ces psychiatres, que cela soit prévu dans leur contrat ou non ?

Ce dispositif de permanence, dans les textes, est clairement distinct des soins psychiatriques proprement dits (article 20, titre III de l'Annexe XXIII) et le médecin qui l'assure n'a pas à être qualifié en psychiatrie. Ne produisant pas d'actes au sens de la Nomenclature, ce dernier est rémunéré sur le mode salarial. Obligation réglementaire, l'existence de cette permanence conditionne l'agrément de l'établissement et intervient dans son classement.

Les psychiatres qualifiés, quant à eux, sont très généralement rémunérés à l'acte. Ces actes sont répertoriés dans le Titre XIII de la N.G.A.P. (récemment modifié par l'Arrêté du 28 janvier 1997, remplaçant le K de chimiothérapie intensive par le CNPsy 0,8 de " prise en charge intensive… acte de soins complexe… ") ou, à défaut, dans l'Article 20 (par. d) des Dispositions générales de la même Nomenclature qui fixe les conditions dans lesquelles peut être coté l'honoraire (C) dit "de surveillance médicale" (par analogie avec l'ensemble des établissements d'hospitalisation). L'application de ces cotations n'est pas forfaitaire mais doit correspondre à un **acte effectif** mettant en rapport le médecin et le patient (on parle généralement d'examen, désignation relativement inadéquate pour le soin psychiatrique, dont la complexité est clairement reconnue dans le libellé du CNPsy 0,8).

L’argument textuel utilisé par les établissements pour imputer aux psychiatres le coût de la permanence médicale est que cet article 20 précise que la cotation C concerne les praticiens " assurant la surveillance constante dans l’établissement " (libellé analogue à celui concernant les cliniques médicales et introduisant la règle d’un quota de malades par praticien – 30 patients en l’occurrence). Cet argument se fonde donc sur une confusion sémantique (entre " constant " et " permanent ") et une méconnaissance quant aux finalités et aux opérateurs des deux dispositifs. De surcroît, admettre que la rémunération salariale de la permanence serait incluse dans l’honoraire de l’acte libéral reviendrait à organiser un assistanat non déguisé, en principe interdit du point de vue de la déontologie.

C’est à propos de ce dernier point que le S.N.P.P. avait saisi le Conseil National de l’Ordre des Médecins en mars 1998, dans l’espoir d’une prise de position qui puisse clarifier le problème. A la suite de cette demande le C.N.O. organisait une réunion des différentes parties concernées le 17 juin 1998. Le débat débordait malheureusement très largement ce point de droit pour évoquer l’ensemble de l’organisation des soins en clinique psychiatrique en introduisant de multiples paramètres comme la continuité des soins, les gardes ou les astreintes spécialisées. Il reflétait une méconnaissance certaine de la nature et de l’organisation actuelle du travail psychiatrique en hospitalisation. Le compte-rendu définitif de la réunion ne sortait que le 25 septembre… Et si le Secrétaire général du C.N.O. y soulignait la nécessité de réviser les textes réglementaires du fait de leur caractère obsolète, il n’écartait pas la possibilité d’admettre le salariat d’un médecin par un autre " dès lors qu’un certain nombre de garanties déontologiques [seraient] apportées ", conclusion provisoire traduisant selon nous une incompréhension persistante de l’organigramme institutionnel.

Le problème était à ce point non résolu qu’une nouvelle réunion a été organisée le 9 mars 1999, cette fois-ci à l’initiative de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie (Commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels), dans la perspective d’une révision ponctuelle du libellé de l’article 20 des Dispositions générales de la Nomenclature quant à la nature et au contenu du C de surveillance, en présence du Dr Champetier de Ribes, interniste, membre de la Commission de la Nomenclature. Et là encore, la discussion dérivait sur l’évolution potentielle de l’organisation des soins en clinique psychiatrique, la question des gardes, des astreintes, de la continuité des soins. Il est apparu toutefois à peu près clairement, tout au moins à l’écoute du signataire de ces lignes, qu’une distinction nette devait être maintenue entre soins psychiatriques et soins médicaux généraux, que par ailleurs il y avait antinomie entre notion de permanence et paiement à l’acte, qu’enfin il n’y avait peut-être pas tellement lieu de réviser le texte de la Nomenclature sauf à supprimer éventuellement le terme équivoque de " surveillance constante " (suggestion de Mme Sims-Lagadec, division des établissements conventionnés, CNAMTS), solution délicate cependant en ce qu’elle impliquerait d’autres établissements (cliniques médicales).

Nous en sommes là. Nous attendons maintenant les conclusions du Dr Champetier de Ribes. On peut cependant souligner une fois de plus dès à présent que le C de surveillance n’est en rien forfaitaire et qu’il honore un acte effectivement réalisé – que, par ailleurs, il faut s’attendre à plus ou moins court terme à des redéfinitions de l’organigramme des soins en clinique psychiatrique, avec en particulier l’intervention probable des ARH. Dans cette dernière perspective le S.N.P.P. doit se préparer pour sa part à une réflexion prospective axée essentiellement sur la qualité des soins. Mais en l’état actuel des choses, notre position sur la permanence des soins et son financement demeure inchangée.

Gérard BLES

A propos des comités médicaux régionaux (CMR) : un avis juridique

Gérard Bles

Nous avons souvent dénoncé les caractéristiques juridiques du Comité médical régional, institué par les Ordonnances du 24 avril 1996 et qui tend à se substituer de plus en plus aux Comités médicaux paritaires locaux, d'autant plus désormais qu'il n'y a pas pour l'instant de convention spécialistes. Cette instance, en effet, à majorité " administrative ", n'apparaissait pas comporter d'**instance d'appel**, pourtant d'autant plus nécessaire que ses décisions sont exceptionnellement favorables aux praticiens – cette absence nous paraissant contraire aux principes fondamentaux du droit français (le double degré de juridiction).

Nous avons sollicité sur ce point l'avis d'un juriste, Maître Wladimir Naslednikov, qui a repris dans cette perspective l'étude des textes, en particulier celui du Décret N° 96-786 du 10 septembre 1996 qui organise les modalités d'application du Contrôle médical.

Ce décret introduit un certain nombre de modifications du Code de la Sécurité sociale. Ainsi il est institué un article R 142-7-9 qui prévoit que le C.M.R. transmet à la Caisse ses conclusions quant à la matérialité et la qualification des faits qui lui ont été soumis, ainsi que les éléments permettant de fixer le montant des sommes à recouvrer à titre de sanction.
L'article R 142-7-11 précise que c'est la Caisse qui prend la décision de sanction conformément à l'avis du C.M.R., sanction exécutoire dès sa notification et sa mise en recouvrement.
C'est à ce moment de la procédure que peut intervenir la contestation du praticien concerné. En effet, l'article R 147-7-13 stipule que le médecin peut recourir alors au **Tribunal des affaires de sécurité sociale** dans un délai de un mois, sans que ce recours soit suspensif d'exécution de la sanction, sauf si le Président du T.S.S., statuant en référé, ordonne le sursis à exécution (" si cette exécution risque d'entraîner des conséquences difficilement réparables et si les moyens de la requête apparaissent sérieux. Sa décision est sans appel "). Donc, et sauf sursis, le recours devant le T.S.S. n'est recevable que si la sanction contestée a été exécutée.

A signaler, toujours dans le même article, qu'il est précisé que dans le cas d'une requête dirigée contre une décision prise sur avis du C.M.R., la mise en œuvre de la procédure d'expertise médicale ne s'impose pas au tribunal.

Donc **il existe bien un recours**, mais **contre la Caisse** et non contre le C.M.R. qui ne donne qu'un **avis**. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une procédure lourde, ne dispensant généralement pas de l'exécution provisoire de la sanction alors que les avis du C.M.R., pour des raisons de structure, sont très rarement favorables – et que nous continuons donc à protester contre la création de cette instance, peu compatible avec un fonctionnement conventionnel coopératif.

Gérard Bles

Qualifications

Gérard Bles

La mise en place de la Carte de Professionnel de Santé (C.P.S.) a ravivé un " vieux " problème, celui des rapports entre qualification en psychiatrie et option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (P.E.A.).

Interrogé par le G.I.P./C.P.S. (structure qui assure la gestion et la mise en place de la C.P.S.), le **Conseil National de l'Ordre** (C.N.O.) répondait le 22 juillet 1998, sous la signature du Pr. Glorion son président : "

qu'il existe pour les médecins relevant de l'ancien régime des études médicales **deux qualifications** dans le domaine de la psychiatrie : - une qualification en psychiatrie (spécialité ou compétence) – une qualification en psychiatrie option enfant et adolescent (spécialité ou compétence. Ces qualifications sont attribuées de plein droit aux médecins, titulaires des C.E.S. correspondants.[…] Il existe donc bien deux qualifications distinctes dans ces disciplines. ".

Questionné par plusieurs de nos adhérents, le même Pr. Glorion ajoutait, le 8 octobre 1998, que : " la qualification en psychiatrie peut être exercée de trois façons : - soit le médecin est titulaire du CES de psychiatrie générale : il est inscrit sur la liste des médecins spécialistes en psychiatrie avec exercice exclusif, - s'il a validé une option enfant et adolescent ou s'il a obtenu une qualification en pédopsychiatrie par la voie des Commissions de qualification, il peut soit exercer en psychiatrie générale […] soit opter pour l'exercice de la pédopsychiatrie **en abandonnant la psychiatrie adulte**. Dans cette hypothèse il est inscrit sur la liste des médecins spécialistes en psychiatrie option enfant et adolescent. ".

Devant ces conclusions absurdes (et contraires à des avis antérieurs du CNO), le **S.N.P.P.** , sous la signature de son Président, interpellait à son tour le Secrétaire général du CNO, le Dr Haehnel, en ces termes :

" Permettez-moi de revenir sur un " vieux " problème qui resurgit aujourd'hui comme le monstre du Lochness avec la mise en place de la CPS (carte professionnelle santé), celui de **l'option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**.

Je vous rappelle que cette option vient compléter le diplôme (DES ou CES) de psychiatrie en D.E.S.c. sans constituer une compétence autonome : elle indique un supplément de formation qui vient s'ajouter à la qualification en psychiatrie générale sans la supplanter et ne peut entraîner, dans l'un ou l'autre cas, une exclusivité d'exercice en rapport avec l'âge du patient. Ce dernier dispositif serait non seulement sans fondement réglementaire mais constituerait surtout une absurdité technique qu'il n'est même pas besoin, je pense, de détailler ici.

Ce fait avait d'ailleurs été rappelé par vos soins, il y a quelques années, aux Ordres départementaux.

Or la question resurgit avec l'établissement de la CPS et nous avons eu la surprise de lire, sous la signature du Pr. Glorion (réf. : CBG/SR/FM R98 189 182) un avis adressé au GIE/CPS indiquant l'existence **de deux qualifications distinctes en psychiatrie**.

On peut imaginer les conséquences que cette interprétation peut entraîner, en particulier dans les relations des psychiatres avec l'Assurance Maladie (concernées au premier chef par la CPS).

En tout état de cause, la détention de l'option ne devrait avoir de véritable effet que vis à vis des institutions s'occupant d'enfants, dans le recrutement de leurs collaborateurs psychiatres, mais demeurer sans conséquence sur la pratique de ville sauf à indiquer aux patients une orientation particulière (au même titre que l'homéopathie, etc).

Cela signifierait autrement qu'un psychiatre " général " peut tout faire (par définition), mais qu'un psychiatre option enfant-adolescent ne peut examiner et traiter d'adultes - ce à quoi il est formé - ne peut s'occuper par exemple de la mère (si souvent impliquée dans le couple mère/enfant), ou doit cesser de suivre un adolescent à 18 ans (! !).

Il est **urgent** de modifier rapidement le libellé des CPS - et l'avis du Conseil National de l'Ordre sera déterminant pour cela. "

Le CNO interrogeait alors la Direction Générale de la Santé (Dr. Botreau-Roussel) sur cette épineuse question. Il ne semble pas que les suites de cette consultation aient clarifié le problème (mais peut-être la question était-elle mal posée ?). Cependant le **CNO**, sous la signature de P.Haehnel, adressait le 4 février

1999 aux Conseils départementaux la **circulaire suivante (99 019)** :

" L'attention [du CNO] a été attirée par un certain nombre de médecins psychiatres et pédopsychiatres sur le libellé qu'ils devaient porter sur le formulaire de la carte professionnelle de santé concernant leur qualification.

Ceux-ci ne voulaient pas entendre qu'il existe deux qualifications distinctes concernant le domaine de la psychiatrie, à savoir : la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie pouvant être exercées chacune d'entre elles à titre exclusif en tant que spécialité.

Pour mettre fin à cette polémique, nous avons saisi dans un premier temps la Direction Générale de la Santé afin qu'une rubrique complémentaire concernant les compétences médicales ou les DESC puisse être ajoutée.

Il semblerait que cette demande n'ait pas été, à ce jour, accueillie favorablement et c'est la raison pour laquelle il a été décidé d'autoriser les médecins psychiatres, titulaires de l'option enfants/adolescents, de mentionner derrière la rubrique " spécialiste qualifié en… " : **psychiatrie (adultes ou enfants et adolescents)**.

Nous vous invitons à porter cette nouvelle mesure à la connaissance des médecins qualifiés en psychiatrie de votre département. ".

On ne peut pas dire, comme y insiste Jacques Barbier, délégué régional Champagne-Ardennes, que ce dernier texte soit, dans sa condescendance, propre à clarifier définitivement l'antique controverse qui soulève bien, au delà des points de forme, des questions de fond – ni qu'elle épargne " les contentieux futurs [en cas d'] interprétation tendancieuse…d'une autorisation molle… ". Cela résout provisoirement cependant les cas où les Caisses, par exemple, contesteraient la réalisation d'un acte pour adulte par un psychiatre option PEA – pour autant que cet avis soit accepté comme ayant valeur réglementaire… Mais il faudra bien que la discipline obtienne un jour une mise au point définitive sur des dispositifs dont l'exploitation, quoi qu'on en ait, porte atteinte à son unicité.

Gérard Bles

Correspondance

Collectif Santé Midi-Pyrénées

Turbulences et incompréhensions dans le champ de la Médecine. Rendre compte ou rendre des comptes : la nécessité d'un large débat de société (extraits).

Si le Gouvernement, avec les Caisses d'Assurance Maladie, ne conçoit la gestion des dépenses de santé que sur l'unique aspect comptable, cette vue nous semble réductrice et peu représentative des graves questions qui soulèvent l'orientation du système de soins et le mode de régulation des dépenses de santé. Néanmoins cet aspect financier est un élément qu'il faut sans aucun doute prendre en compte.

Dans le contexte social actuel, où le travail perd sa valeur d'organisateur social, nous sommes amenés dans nos cabinets à rencontrer une frange sans cesse grandissante de la population vivant à coté du monde du

travail (chômeurs, Rmistes, désocialisés…), il nous apparaît plutôt mal venu, voire indécent, de nous placer en victimes des mesures gouvernementales pour aborder avec nos patients la question d'un soin de qualité pour tous. Le rôle du médecin ne consiste-t-il pas en premier lieu à entendre la plainte des patients pour ensuite en prendre soin de la manière la plus adaptée ? […] Il ne s'agit pas pour nous d'inverser les rôles, nous excluons donc le fait d'énoncer notre plainte et de nous poser en victimes auprès de nos patients.

Depuis ces derniers mois, on assiste de toutes parts à un amalgame dangereux qui consiste à mettre sur le même plan d'analyse les dépenses de santé et les revenus des médecins. Le Ministère de la Solidarité a contribué à ce contresens en tournant en dérision la grogne des spécialistes au sujet de la "sanction financière" (clause de sauvegarde). Par cet effet d'annonce, il a laissé entendre que le niveau de revenus des spécialistes était suffisant pour négliger leurs revendications, écartant ainsi un débat plus grave de politique de santé. […] Cet amalgame fâcheux entre coût des soins et honoraires court-circuite une réflexion touchant à la déontologie des soins.

L'originalité du système de soins français, qui n'est ni complètement libéral ni complètement fonctionnarisé, a évité jusqu'à maintenant une médecine à deux vitesses comme cela se produit dans d'autre pays d'Europe. Sa fragilité tient en ce compromis risqué qui prend en compte à la fois des exigences du collectif et de l'individu. Il serait dommage qu'une exigence comptable fasse basculer l'équilibre du coté d'un pragmatisme systématisé soucieux d'une efficacité immédiate à moindre coût où la responsabilité de chacun, et donc sa liberté, risque de se trouver atteinte.

Si le libre choix du médecin et le mode de paiement à l'acte, individuel et direct s'apparentent bien au système libéral, la rémunération des actes et des dépenses de santé reste à charge indirecte de la collectivité représentée par les Caisses d'Assurance Maladie, les Mutuelles de santé et plus récemment les Conseils généraux. C'est sur ce point critique, paradoxal même, que le système de santé français trouve toute son originalité, sa souplesse, sa fragilité aussi…

Les politiques de santé menées depuis ces dix dernières années et l'évolution socio-économique ne nous permettent plus de nous bercer dans l'illusion d'exercer de manière strictement libérale et de nier notre étroite dépendance à la collectivité. En d'autres termes, nous réalisons que nous ne sommes pas des libéraux mais bien des contractuels d'État exerçant en individuels. C'est à ce titre que nos instances de tutelle et de gestion nous rappellent avec insistance, voire menace, que notre travail devient trop coûteux pour la collectivité sociale.

En tant que membres actifs et bénéficiaires de la collectivité sociale, il nous semble important de prendre en considération l'actualité et la réalité de la question comptable. Or, qu'elle intéresse le domaine public ou " pseudo-libéral ", la délivrance de soins auprès de la population ne peut être autrement que coûteuse pour la société, d'autant plus que les moyens techniques et thérapeutiques, toujours plus coûteux, progressent rapidement.

Si le médecin clinicien juge du bien fondé d'un examen complémentaire ou d'une attitude thérapeutique, c'est en se référant à une ligne de cohérence médicale ; scientifique et humaine. Du fait de la répartition collective du coût des soins, il nous paraît légitime que le praticien ait à rendre compte, non directement du coût, mais bien de la cohérence même de sa pratique. En précisant que ce " contrôle" ne peut pas s'exercer sur une évaluation globale des pratiques, ni sur un mode purement comptable, ni par le biais des profils comparés qui excluent la singularité du patient et la réalité de la relation thérapeutique individuelle. C'est donc sur ce point de la cohérence et de la singularité d'une orientation thérapeutique donnée qu'il nous paraît fondamental de situer l'évaluation de notre travail de clinicien. Il est hors de notre compétence professionnelle de **rendre des comptes** sur nos pratiques car elles s'inscrivent dans un contexte macroéconomique qui nous dépasse et dont nous ne sommes pas les seuls acteurs. En revanche il est de notre compétence de **rendre compte** (individuellement et collectivement) de la cohérence de notre exercice, et c'est aux organismes de tutelle qu'il appartient alors d'en évaluer le coût.

Se limiter à un point de vue strictement médical corporatiste risque de réduire les réponses au seul aménagement conventionnel entre syndicats de médecins, organismes payeurs et ministères de tutelle. Si l'exigence d'une économie comptable nécessité un plan de réforme, elle n'autorise pas une société démocratique et libérale à faire l'économie d'une réflexion sur le sens d'une réforme qui touche à l'intimité profonde de l'individu et à l'équilibre toujours précaire de la collectivité. Il est urgent que s'ouvre en France un réel et large débat sur la Santé. Toujours plus coûteuse certes, la Santé n'en reste pas moins l'affaire de chacun et de tous.

Dr Suzanne DELORME, psychanalyste (Isère)

Ne soyons pas dupes ! (extraits)

Toute personne qui a pris la peine de se poser la question, sait que la longévité augmentant et que les progrès de la médecine étant de plus en plus onéreux, le coût de la santé suit me courbe exponentielle qu'aucun État ne pourra assurer comme telle. (Peut-être faudrait-il faire prendre conscience à l' " opinion politique " que la médecine, "sauvant " de plus en plus de personnes, " fabrique " de fait de plus en plus de malades et d'handicapés). Nos politiques savent cela. Pourquoi n'ont-ils pas ouvert le débat ? Pourquoi n'énoncent-ils pas, la question de fond ? Parce que la seule réponse est une prise en charge privée d'une partie des dépenses ; ce qui signifie la fameuse " médecine à 2 vitesses " qu'aucun politique ne peut proposer sans perdre les élections suivantes.

Alors cessons d'être naïfs : toutes les mesures poussent les médecins à se déconventionner : évidemment. Les politiques ne veulent pas détruire " la médecine " mais seulement l'idée " du meilleur soin remboursé par la Sécurité sociale, pour tous " : Et en laissant bien sûr le rôle du " méchant " aux médecins, se gardant celui du " gentil " qui sauve la Sécurité sociale, aide les plus pauvres etc.

Ne soyons pas dupes [d'un discours pervers]. Ils doivent faire évoluer la société à son insu, car la société n'est pas encore capable d'entendre que le temps de l'enfance - assistance est terminé. Comment dire à ses enfants qu'on leur coupe les vivres ? Insoutenable. Alors, on leur raconte un conte (la vie est belle…) : nous voulons votre bien, nous luttons pour votre bien et nous allons montrer aux médecins où est votre bien. S'ils résistent, c'est qu'ils préfèrent leur confort à votre bien. Votez pour nous qui vous défendons !

Le but de ces manœuvres est bien sur qu'un bon nombre de médecins se déconventionnent (les méchants, avides, sans soucis des " pauvres ", sans conscience morale, sans éthique - quel galvaudage ! - sans humanité, etc.) afin d'alléger les dépenses de Sécurité sociale, d'installer une assurance privée, une médecine qui tourne sans l'aide de l'État […].

Allons-nous nous faire manipuler ? Ou jouer au plus pervers ? Ou décoder le discours pour le rendre inopérant ? Ou ignorer ?

La seule arme du politique et du pervers, c'est la **peur** et non la loi ! (d'ailleurs le Conseil institutionnel vient de démontrer que ce discours n'est pas dans la loi…). Il suffirait que tous les médecins se déconventionnent pour que le débat de fond s'ouvre. Pourquoi non ? Parce que **nous avons peur**; peur de l'avenir ; peur de perdre nos patients ; peur que les autres ne le fassent pas… Et c'est la seule arme de nos politiques : notre peur. Nous avons bien sur plein d'alibis : notre éthique, le souci du bien des autres, notre sens de la responsabilité, notre serment, notre porte-monnaie, etc… Et une seule raison : la peur. Nous marchons dans le jeu pervers et nos cris et protestations n'ont dans ce jeu là aucune valeur. Dans ce jeu, ou on marche ou on ne marche pas.

Comme l'enseigne le judo, pour mettre l'adversaire au tapis, il faut utiliser son énergie, accompagner son mouvement, le pousser jusqu'au bout. Ils manœuvrent pour que, pensant lutter contre eux, nous nous déconventionnions. Alors déconventionnons nous tous. Accompagnons la manœuvre. Une fois l'adversaire au tapis, nous serons en mesure de parler. D'égal à égal. Condition sinequanon de toute parole. Et là, enfin nous pourrons défendre nos idées. Mais à ce moment là seulement. Sans duperie et avec la loi.

Notre réponse :

[…] Il y a certainement une réalité/vérité à faire éclater, englués que nous sommes dans le discours politique qui nous piège.

Le conventionnement fut dans les années 60 une **concession** majeure du corps médical qui, en renonçant à la liberté tarifaire, entendait par là autoriser le plus large accès aux soins pour tous. Cet acte d'engagement social nous est reproché aujourd'hui comme un privilège (la solvabilité des patients) justifiant de notre part toutes les soumissions, en nous faisant endosser la **responsabilité politique** des évolutions restrictives du système. Bientôt, nous devrons **mériter** le conventionnement, **mériter** le tiers payant (les généralistes super-référents - ou les spécialistes " lourds "). La mise en condition de l'opinion publique est impressionnante (on en a l'expression dans la presse et le reflet dans de nombreuses sessions des États Généraux). Notre sensibilité sociale fait le reste.

Comme vous le dites, si nous nous déconventionnions **tous**, il serait alors nécessaire de redistribuer les cartes, **chaque partenaire assumant ses responsabilités**, pour bâtir un nouveau contrat médico-social mieux équilibré.

Mais l'art de nos " adversaires " est de diviser le corps professionnel lui-même, ce corps professionnel qui n'est pas capable, de surcroît, d'arbitrer en son propre sein pour réduire les déséquilibres qui y règnent… Il est vain d'escompter une grande manœuvre **unitaire** - sans doute ne souffrons-nous pas assez…

L'arme de **l'information** nous reste, par contre, si nous savons l'utiliser, inlassablement, avec simplicité et sans tricheries. La **révolte** aussi, comme en cette fin d'année, si nous savons la faire comprendre. On peut penser qu'au moins en partie à cause de ces deux démarches le pouvoir a, temporairement, reculé. Il ne faut surtout pas relâcher notre effort […].

Et la réplique :

Bien sûr que l'unanimité est une utopie. Le seul cas possible (et vous le dites, nous ne souffrons peut-être pas assez) c'est la violence unanime **Contre** … malheureusement le plus souvent non pas pour une juste cause mais contre un bouc émissaire. Bien sûr qu'en politique tout cela est connu. Mais plus encore, ce que je tenais à dire c'est que plutôt que d'émettre des plaintes (aussi justes soient-elles) d'enfant sage, lorsque les " parents " sont pervers, il est nécessaire de " détordre " leurs messages, de n'en être pas dupes. […]

Dr Jean-François KATZ (Bretagne)

[…] C'est la dérive des politiques que j'aimerais accuser :

- en période de plein emploi, la médecine est rentable et son coût, permettant le retour rapide d'un employé à son poste de travail, très acceptable ;

- en période de chômage (13 % de la population), la médecine n'est pas productive, et qu'ils le disent franchement aux français (c'est cela la démocratie) :

* un retraité mort vaut mieux qu'un retraité vivant (moins cher) ;

* un chômeur mort vaux mieux qu'un chômeur vivant (moins cher) ;

* un travailleur mort vaut mieux qu'un travailleur vivant (il y a un autre travailleur de même niveau de technicité, voire de formation plus récente et plus d'actualité, qui attend dehors, aux abois, et qui donc sera moins cher).

Union Syndicale de la Psychiatrie

Communiqué du 13.12.98.

L'Union Syndicale de la Psychiatrie s'insurge contre les mesures arbitraires de maîtrise comptable des dépenses de santé décidées par les pouvoirs publics.

Ces mesures vont particulièrement pénaliser les psychiatres libéraux dont la pratique est essentiellement fondée sur la clinique, et dont l'activité, principalement consultatoire, n'implique pas le recours à des techniques para-cliniques coûteuses […].

Ces mesures vont entraîner un rationnement masqué de l'offre de soins et favoriser par effet pervers, le développement d'une médecine et d'une psychiatrie à deux vitesses. Elles apparaissent en contradiction avec la croissance des besoins exprimés par la population dans le domaine de la santé mentale : le recours aux soins psychiatrique est de plus en plus important, du fait d'une part de la précarisation de couches de plus en plus larges de la population, et d'autre part des limites actuelles du secteur psychiatrique qui ne peut plus faire face aux demandes en raison de la réduction de ses moyens (restrictions budgétaires, postes de praticiens hospitaliers inoccupés, infirmiers non remplacés...)

Les pouvoirs publics nous adressent aujourd'hui une injonction paradoxale consistant à la fois à rechercher une nécessaire articulation public-privé en étendant sans cesse le champ de nos pratiques, tout en contrôlant et en encadrant de façon drastique l'évolution du taux des dépenses de santé des spécialistes.

Dans ce contexte, l'U.S.P. dénonce les propos tenus par le Directeur de la Santé envisageant sereinement le «tarissement naturel» de la profession à l'horizon 2025 et laissant augurer certains transferts de compétences hors du champ médico-psychiatrique. Cette préoccupation se voit corrélée par la prochaine révision de la nomenclature qui risque d'entraîner une possible déqualification de certains actes fondamentaux de notre pratique (psychothérapies notamment) […].

Informations brèves

C.M.U.

La **couverture maladie universelle**, longtemps promise, est en passe d'être ratifiée par le Parlement. Elle constitue un progrès majeur en matière de protection sociale et d'accès aux soins. Elle intéresse non seulement 150.000 personnes jusqu'ici " exclues ",mais entraîne la disparition de l'assurance volontaire pour 550.000 personnes et une couverture complémentaire pour 6.000.000 d'usagers (revenu inférieur à 3.500 F per capita). Son coût est évalué à environ 9 milliards de francs – l'État n'en prenant en charge qu'une faible partie.

Nous reviendrons plus en détail sur le dispositif. Mais trois questions, ou remarques, peuvent déjà être avancées :

- L'organigramme de la C.M.U. fait rentrer officiellement en piste non seulement les Mutuelles mais aussi les assurances privées. Tiens ?

- On ne peut croire que la consommation de soins va être une simple transposition de ce qu'elle est actuellement (évaluée à partir des divers dispositifs d'aide). S'agissant le plus souvent d'une population en souffrance (physique, mentale, sociale), l'accès aux soins enfin pleinement autorisé va, à notre sens, être très supérieur à la prévision et retentir inexorablement sur le volume des dépenses de santé. Sera-ce prétexte à un nouveau procès des " blouses blanches " ?

- La prise en charge des soins psychiatriques ne risque-t-elle pas, dans tous les cas, de faire l'objet d'une limitation de la part des assurances complémentaires, comme c'est déjà le cas dans les mutuelles étudiantes ?

SOS - PSY

Montpelliérain d'origine, ce nouveau " service " (qui n'a rien à voir avec S.O.S. psychiatrie) propose des " consultations psychothérapiques " au téléphone, 24 h sur 24, facturées au taximètre (6 F/min, 7 F après 22 heures) avec prélèvement par carte bancaire, assurées par des " psy " qui ne seraient ni médecins, ni psychiatres (encore que l'association prétende avoir des accords avec certains praticiens). L'organisation se ramifierait dans 23 départements. On assurait qu'en janvier (Panorama du 14/1/99) le standard saturait, avec une ou deux heures d'attente (ce qui ne va pas sans paradoxe au regard de l'argument de simplicité et de disponibilité par rapport aux " psy de ville "…). Quelque chose qui ressemblerait à S.O.S Amitié ? A cette mince nuance près qu'il s'agit d'une prestation lucrative assortie d'une prétendue compétence technique…

Il n'est pas nécessaire d'épiloguer sur l'inacceptable de la démarche, qui s'apparente fort à une escroquerie. L'Ordre s'est mobilisé, la Justice serait en train de le faire. Mais " ça marche " : qui a dit que tous les besoins étaient satisfaits ?

Neurologues libéraux

La neurologie, spécialité " jeune ", représente 1400 praticiens dont 650 libéraux. Leurs représentants sont inquiets car non seulement leur activité va croissant, mais surtout le coût de leurs prescriptions grandit de façon impressionnante (entre 27 et 31 % en un an selon les sources), lié au prix très élevé des thérapeutiques les plus récentes (dans l'épilepsie, la S.E.P. ou l'Alzheimer par exemple). Ils souhaitent donc bénéficier de quotas particuliers.

Par ailleurs, et bien qu'ayant une pratique différente de la notre avec de nombreux actes techniques, ils refusent la dissociation du CNPsy, qui risquerait de les ramener au Cs. Le problème sera sans doute tranché à l'occasion de la refonte de la Nomenclature en préparation, avec la nouvelle hiérarchisation des actes de consultation.

Antidépresseurs. Le dossier noir de " Que Choisir ? "

Ce mensuel de l'Union Fédérale des Consommateurs (C.F.D.T.) consacre six pages au sujet " up to date " des antidépresseurs, dossier très nourri au point de vue technique, bourré d'encadrés (où Prozac et surtout Survector se font " flinguer ") comme d'enquêtes traditionnelles et de témoignages. Un dossier des plus "sérieux " mais infiltré d'assertions dubitatives, telles que "dans la dépression caractérisée mais d'intensité légère, aucun antidépresseur n'a montré d'efficacité supérieure au placebo", avec une énumération exhaustive et impressionnante des effets secondaires, jusqu'aux automutilations,aux agressions et aux meurtres… " Toutes les études sont réalisées sous l'égide des fabricants, avec les dérives que cela laisse supposer ", " aucun travail valable n'existe " sur la dépendance. On y rappelle la RMO (traitements de 6 mois de durée maximum). On y cite des études anglo-saxonnes qui affirment " que les psychothérapies se révèlent souvent aussi efficaces, voire plus, que les médicaments ". " Pour 60 % des patients, le placebo assorti de conseils et de simple soutien, a eu des effets aussi bénéfiques que les psychothérapies ou les médicaments ". L'article conclut qu' " avec un praticien expérimenté, une thérapie de soutien peut suffire pour les dépressions d'intensité légère. Le thérapeute compte, en effet, beaucoup plus que la technique employée ".

Au total, alors que certaines remarques pourraient nous intéresser, on retire de ce papier " grand public " une impression pour le moins mitigée, en ce qu'il peut induire de doute, de dramatisation et d'anxiété chez nos patients, et pas seulement les " iatrophobes ", tout en banalisant, parfois à l'extrême, l'état dépressif lui-même.

Informations régionales

AUVERGNE

L'association centre auvergne des psychiatres d'exercice privé (ACAPEP) organise les réunions suivantes :

Vendredi 19 Mars 1999 à 20 h 30 à l'hôtel Arverne – 16 place Delille – 63000 Clermont-Ferrand, tel : 04 73 91 92 06.

Thème : "La parole dans la prévention du suicide chez l'adolescent" Animée par Jean Bergés, neurosychiatre, psychanalyste.

Mercredi 5 Mai 1999 à 20 h 30 à l'Aletti Palace Hôtel – 3 place Joseph Aletti – 03200 Vichy tel : 04 70 31 70 29.

Thème : "Clinique psychiatrique : Evolution de la notion de schizophrénie chez Henri Ey, de 1926 à 1977. Histoire et clinique. Théorie de la psychiatrie ou théorie de l'Homme?" Animée par Robert Michel Palem, neuro-psychiatre, docteur en psychologie.

Renseignements à l'ACAPEP : 6 avenue Aristide Briand - 03200 Vichy.

tel : 04 70 32 15 45 – fax : 04 70 32 15 15.

FRANCHE-COMTÉ

1) Avec le GRCP

Les nouvelles conférences : actuellement au programme

- le mardi : " l'Inconscient dans la vie quotidienne "

- le jeudi : " Les minutes cliniques avec la maison verte "

- le vendredi : " Lecture du séminaire de J. Lacan. Le désir et son interprétation "

2) Journée FMC : juin 1999

Qu'est-ce qu'un entretien thérapeutique ? Place de l'inconscient dans la psychopathologie.

3) Journées GRFC CP des 16 et 17 octobre 1999

De la sexualité infantile aux nouvelles formes de perversions sexuelles.

Pour tous renseignements s'adresser au docteur Hugues ZYSMAN, tel : 03 81 80 55 11.

VAL DE MARNE

La violence ?

Comme dans les guerres de religion, ravageant tous ceux qui sont pris dans leurs sillages, la guerre du système de santé créé et entretenue par les pouvoirs administrativo-politiques au nom du bon ordre des soins, nous menace et menace d'appauvrissement nos sciences médicales en évolution !

Alors que la maladie et la mort nous tiennent tous en alerte, on doit se demander comment inciter au dépassement des conflits de pouvoir (et d'argent le représentant) ?

Justement, nous disions que personne " ne peut être le garant de la vérité ou de l'erreur " lors d'une commission de travail au siège de l'A.F.P.E.P. – S.N.P.P., ainsi essayons de marcher à plusieurs pour harmoniser cette demi-vérité : l'unité humaine faite d'interactions.

Alors notre groupe Paris Est dénommé A.F.E.P.S. (fidèle à notre filiation !), Association Fédérative pour l'Éthique et la Pratique des Soins a décidé d'être transversale, c'est-à-dire qu'elle est faite de plusieurs associations médicales et non médicales.

Le souhait de s'éclairer mutuellement à partir d'une élaboration particulière guide notre entreprise. Ainsi, le groupe théâtral de bénévoles, guidé par un professionnel, nous propose le 20 mars une pièce conçue pour nous d'abord " La fête foraine ". Le groupe Balint (généralistes – psychiatres) prépare pour intervenir ce jour là une improvisation (la pièce dans la pièce) afin de préciser certaines questions qui sont audibles mais non formulées. L'ensemble des spectateurs, conviés dans le cadre de la semaine de Santé Mentale initiée par l'UNAFAM, pourra reprendre ces questions et les diriger sur l'un ou l'autre des participants des groupes.

Le mot d'ordre sera presque celui de l'UNAFAM " La violence : si on en parlait calmement ".

Martine BURDET-DUBUC

Dernière heure : le CNPsy à 215 F ?

Cela mijotait depuis quelques semaines, quelques mois même, en nous donnant à humer des effluves incendiaires, tout en nous prévenant qu'il y avait discorde à la cuisine. Enfin, le chef d'œuvre nous est présenté : Gilles Johannet vient de dévoiler son plan, un projet qui ouvrirait sur quelques 62 milliards d'économies en 3 ans - avec tous les ingrédients qu'on nous avait laissés pressentir : outre les 30 milliards hospitaliers, les 20 milliards et quelques du médicament (via l'établissement de prix plancher par type d'effets thérapeutiques), la médecine de ville devrait contribuer pour 20 milliards. Par cette dernière, toute une batterie de dispositions : la **recertification** tous les 7 ans (en commençant par les plus vieux...), avec **déconventionnement** à la clé si l'on ne répond pas aux critères de qualité définis par la communauté hospitalo-universitaire, le **conventionnement sélectif** avec réduction de la liberté d'installation, une **régulation collective et individualisée** des dépenses, la «modulation» de la prise en charge des cotisations sociales, les **filières** bien sûr, etc, etc. Nous y reviendrons.

Et la cerise sur le gâteau : dès cette année, la réduction de la valeur des lettres-clé des **spécialités les plus inflationnistes**, cardio, ophtalmo et.... psychiatres ! Le **CNPsy à 215 F** !

Martine Aubry ne serait pas d'accord pour l'hôpital et le médicament, mais abandonnerait la médecine de ville à la CNAM ! Nous en sommes là.

Le jour même, le S.N.P.P. a publié le communiqué de presse ci-après. Une nouvelle bataille s'ouvre - et déjà l'on entend grincer les clefs dans la serrure de nos cabinets...

COMMUNIQUE DE PRESSE du S.N.P.P. :

C'est avec une totale incrédulité que le Syndicat National des Psychiatres Privés a découvert que, parmi les "géniales"mesures d'économie proposées par Gilles Johannet, Directeur de la CNAMTS, se trouve la **réduction de la valeur du CNPsy de 225 Frs à 215 Frs** (soit 4,5 % de diminution environ) alors que les dépenses induites par la spécialité au titre libéral n'ont cru que de 3,5 % en 1998 (moins encore si on y intègre la neuro-psychiatrie qui est à - 7,6 % pour la même période) - croissance au demeurant légitimée par l'importance des besoins auxquels les psychiatres ne font que difficilement face (jusqu'à 10 semaines d'attente dans certaines régions), alors que par ailleurs le Gouvernement insiste sur son intérêt pour la santé mentale et incite à y pourvoir de façon plus intensive.

Serait-ce parce qu'une statistique récente fait apparaître la psychiatrie (hors hôpitaux) comme le 10ème poste des dépenses de santé (par quel amalgame de données alors que, selon la CNAMTS, en 1997, le coût des psychiatres, honoraires et prescriptions, représentait 2,7 % de la dépense libérale, pour 5,1 % des praticiens libéraux ?). C'est vraiment prendre les problèmes par le plus petit bout de la lorgnette comptable - qui aurait dû permettre aussi de repérer que la psychiatrie est l'une des deux disciplines les plus pauvres. Mais où prend t-on en compte **les besoins et la qualité des soins** ? Ce n'est pas l'affaire des Caisses ? C'est de la provocation ! Souhaiterait-on nous inciter à travailler plus vite, et donc à prescrire plus (alors que nous le faisons peu…) qu'on n'agirait pas autrement ! Ce n'est plus Homais, c'est Gribouille !

Il ne nous reste plus à ce compte qu'à nous jeter dans les bras de nos ministres - qui ont mis Gilles Johannet en place pour faire ce travail - en espérant que la santé des français, serait-elle mentale, les intéresse toujours.