

Sommaire du BIPP n° 22 - Juin 1999

Chronique de Gérard Bles : questions anciennes, questions nouvelles

Plan Johanet : principales dispositions

De la Sécurité sociale aux HMO ?

Collectif exclusion

Démographie : la discipline psychiatrique unanime

Conférence de presse commune du 6 mai 1999

Informations brèves

Congrès de l'APA

Correspondances

Informations régionales

Chronique : questions anciennes, questions nouvelles

Gérard Bles

Pourquoi diantre devient-on psychiatre " libéral " ? Toutes sortes de motivations ont pu nous être prêtées, des plus " viles " au plus distinguées.

L'appât du gain est évidemment le ressort le plus facilement stigmatisé. Il l'est dans la bouche de technocrates rapporteurs, grands connaisseurs de l'âme humaine comme chacun sait, ou dans celle de contempteurs plus ou moins politisés (ou s'imaginant tels) qui ne sauraient voir dans un rapport d'argent explicite et personnalisé que vénalité, injustice, exploitation de la souffrance humaine, vampirisme légalisé – ces derniers oubliant au passage que les rémunérations " institutionnelles " autorisent bien d'autres formes de " profit " qui ne sont pas que de pouvoir. La modestie moyenne des revenus finaux est pudiquement méconnue dans la mesure où cette réalité cadre mal avec les fantasmes que les critiques peuvent nourrir sur le caractère grandiose de leur propre renoncement (à la richesse sinon à la gloire...).

Laissons de côté l'hypothèse d'une difficulté quelconque à accéder à une carrière de service public : le nombre de postes vacants ferait plutôt appel d'air. Certes, les premières étapes de la dite carrière ne sont pas matériellement gratifiantes mais, s'inscrivant dans la continuité d'une formation et d'un engagement, c'est d'abord l'attachement à l'institution comme modèle bien identifié de fonctionnement qui détermine le choix d'y poursuivre son travail.

Le goût de la facilité ou, plus en amont, le refus de se colleter avec les formes les plus lourdes de décompensation psychique nous sont également imputés. Il est vrai que les pesanteurs subsistantes du travail hospitalier en ont découragé quelques-uns – mais les pratiques de secteur ont permis à nos collègues du

service public de " sortir des murs " et, bien des fois, de calquer une part importante de leur exercice sur les modalités de prise en charge privées – cependant que, désormais, un nombre conséquent de psychotiques dits " lourds " choisissent d'être suivis " en ville ". Nos " files actives " ne se tissent pas que de déprimés " simples " (le sont-ils jamais ?) mais tout autant de ces patients que l'on classe, s'il le faut, parmi les " états-limites ", dont une des caractéristiques, justement, est de donner beaucoup de fil à retordre au thérapeute dont ils déjouent obstinément les repères comme les stratégies soignantes. Nous avons aussi notre lot de paranoïaques " menaçants " ou de paranoïdes imprévisibles – à ceci près que nous n'avons ni l'arme, ni le handicap de la contrainte. Si " facilité " il y a, c'est sans doute là qu'il faudrait la repérer : l'existence fondatrice d'une demande, dont le respect nous dépossède au passage de certaines formes du pouvoir dont par ailleurs elle nous investit.

L'échappement au contrôle institutionnel sous toutes ses formes alors, qui nous permettrait de mijoter notre petite cuisine loin des regards ou des écoutes indiscretes ? Ce contrôle serait ici à repérer à deux niveaux : celui qui se joue d'abord à l'intérieur même de l'institution soignante, explicitement ou non, à travers les hiérarchies ou par le biais de l'exercice collégial et de la décision collective – avec ses pesanteurs qui peuvent confiner à une véritable inhibition décisionnelle. Quant au contrôle d'ordre administratif, s'il fut longtemps lointain et respectait globalement l'indépendance du thérapeute, les choses, depuis quelques années, tendent à se modifier considérablement. Il est vrai qu'une certaine absence de transparence exaspère ceux qui se donnent pour mission de nous contrôler et les rend tout-à-fait suspicieux à l'encontre de notre " industrie " : ne serions-nous pas capables, à l'instar de Pénélope, de défaire un jour ce que nous avons tissé la veille (pour autant que nous ayons tissé quelque chose...), histoire de " faire durer " notre intervention ? Si encore nous prescrivions avec constance, on pourrait nous suivre à la trace et vérifier notre conformité dans l'observance des RMO – mais les psychothérapies ! Voilà bien une démarche obscure, opaque même, non codifiable, non évaluable, dont on a l'impression qu'elle nous sert de refuge pour n'en faire qu'à notre tête, voire selon nos seuls besoins. Ce serait là une vraie " niche de pouvoir " - sur nos patients passe encore, mais surtout face à nos contrôleurs, ce qui est proprement insupportable. Il serait bien pratique, à cet égard, que ce type d'entreprise trouve un statut mieux défini – comme les séances de kinésithérapie – dont on fixerait le nombre et dont, mieux encore, on déléguerait la réalisation à des intervenants sous-spécialisés et forcément moins payés !

Mais de tout cela, sans doute, le jeune – ou moins jeune – psychiatre qui s'oriente vers la pratique libérale n'a qu'une vague intuition – ce d'autant qu'il a eu assez peu l'occasion de fréquenter au cours de sa formation les collègues plus anciens qui ne lui parleraient pas seulement de science mais aussi de pratique. Alors, où s'origine ce choix d'une pratique solitaire ? Peut-être bien justement non dans le goût de la solitude en elle-même mais dans ce que celle-ci implique de capacité ou d'aspiration à se libérer du collectif soignant en assumant personnellement la responsabilité de la décision thérapeutique et de son application – tout en s'attachant au caractère individuel de cette prise en charge. La formation spécifique à la relation, psychanalytique ou autre, contribue dans une large mesure à alimenter l'intérêt du thérapeute pour le destin de chacun de ses patients dans une continuité temporelle assurée.

On pourrait dès lors comprendre l'enthousiasme modéré (il s'agit bien d'une litote...) manifesté par de nombreux psychiatres libéraux devant l'engagement qu'on leur propose dans des réseaux de soins, ce qui implique nécessairement qu'ils se dégagent d'une partie de leur activité de soin propre au profit d'autres fonctions, qu'elles soient " d'expertise " mais aussi de coordination, de formation et de supervision des autres acteurs de santé, de définition collective de projets communs, de pratiques " consensuelles ", de définition de " parcours ", qu'il s'agisse du malade ou des soins eux-mêmes – et d'évaluation bien sûr, plus ou moins systématique, des actions ainsi menées. Non que ces implications institutionnelles soient sans intérêt mais parce que, très consommatrices de temps et d'attention, elles réduisent d'autant leur disponibilité soignante, qui reste pour eux leur motivation majeure.

On leur promet certes, à ces libéraux, de nouvelles formes de rémunération (?), nécessaires évidemment, mais ici non déterminantes. 50 % d'entre eux sont d'ailleurs déjà engagés dans un temps partiel institutionnel qu'au demeurant ils éprouvent souvent actuellement comme décevant. En faire plus encore ? S'impliquer encore plus dans des fonctionnements dont on sait bien qu'ils n'échappent guère à une certaine emprise bureaucratique ?

Il existe déjà des réseaux " ad hoc " à la mise en œuvre desquels ils contribuent, qu'il s'agisse de PEA, de toxicomanies, de Sida, d'exclusion ou autres. Ils apprécieraient sans doute que soit mise en place une coordination avec les services sociaux, actuellement inexistante, voire refusée. Mais sont-ils prêts à admettre que toute leur activité libérale se retrouve progressivement encadrée dans des mises en œuvre collectives ?

La question est à l'ordre du jour. La/les réponses sont difficiles.

Gérard BLES

Le plan Johanet : principales dispositions

Gérard Bles

Gilles Johanet, ce brillant et combatif énarque redevenu en 1998 directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) après avoir assuré les mêmes fonctions entre 1989 et 1993, présentait au début 1999 un plan de sauvetage de l'Assurance maladie adopté entre temps par le Conseil d'administration de la CNAMTS dont il est devenu le " **plan stratégique** ". Accueilli au départ plutôt fraîchement par Martine Aubry, qui affirmait sa volonté de garder sous sa responsabilité directe la gestion des hôpitaux et du médicament, il a été soutenu avec obstination par la CFDT, la CGC et surtout le MEDEF (patronat) qui en a posé l'adoption comme condition de son maintien aux responsabilités de la gestion de la Caisse nationale – alors que par ailleurs la Ministre a besoin de se concilier cet organisme pour la mise en place de la loi sur les 35 heures. L'annonce, ces dernières semaines, d'un nouveau "dérapage" des dépenses de santé et d'un déficit prévisionnel de 12 milliards pour la branche maladie semble avoir définitivement vaincu les réticences gouvernementales, Martine Aubry acceptant de s'en remettre à la Caisse nationale pour assurer une "régulation" dont le Conseil d'Etat, en condamnant les reversements, lui a retiré les moyens.

Sur les diverses dispositions de ce plan, la profession médicale s'affiche partagée, chaque centrale syndicale soutenant ou récusant telle ou telle d'entre elles en ordre dispersé – ce qui n'est pas un gage d'efficacité ! Une réflexion approfondie s'impose à tous sur les implications d'un tel plan pour l'avenir et la substance même du système de soins. Pour ouvrir le débat, nous rappellerons ci-après les principales mesures envisagées qui, selon son auteur " tracent[...] un ensemble cohérent qui établit que le financement des soins pour tous, en s'inscrivant dans la démarche qualité, ne nécessite aucune contribution supplémentaire de la part des assurés et des entreprises ni aucune modification du niveau moyen de prise en charge des assurés : c'est par le redéploiement et l'optimisation des ressources existantes que le progrès médical peut et doit être financé et l'équilibre atteint ".

Les fondements du plan stratégique

L'assurance maladie doit devenir un " acheteur avisé, à même de sélectionner ce qu'il finance en fonction de la qualité, des besoins, de l'utilité et des coûts ".

La démarche qualité

Elle est **sélective**, fonction des besoins appelant une réponse sanitaire " Au final, c'est l'Etat et lui seul [...] qui est maître de la définition des besoins de santé, des besoins de soins et des besoins en soignants ". Cette sélection doit échapper à l'irrationalité et l'opacité actuelles. Il faut définir périodiquement un " panier des biens et services pris en charge ", sélectionner également les producteurs en remettant en cause le conventionnement automatique, en particulier du fait du caractère excédentaire de l'offre de soins.

Elle doit être **partenariale**. Elle doit impliquer le producteur mais aussi le consommateur qui devrait renoncer à " déambuler librement " dans l'univers des soins. Elle suppose par ailleurs une redéfinition des rôles entre Etat, Assurance maladie et communauté scientifique – l'Assurance maladie devant disposer d'une pleine autonomie à travers une " convention d'objectifs et de gestion " révisable périodiquement.

Elle doit être **transparente** " sur la nature, la qualité et le coût des prestations ", au prix d'un codage complet des actes médicaux, remboursés ou non, assurant leur "traçabilité complète " pour un " pilotage fin " de l'offre de soins. Elle implique certification des professionnels de santé, accréditation des établissements – mais doit également concerner les patients pour lesquels " la qualité totale des soins est antinomique avec la préservation absolue de l'intimité".

Cela revient notamment à changer la nature des contraintes en les déportant des modalités de prise en charge des soins (contraintes administratives et financières) vers les modalités d'accès aux soins et leur dispensation (contraintes " médicalisées "), sur la base de critères de choix " objectifs et rationnels ".

L'implication des professionnels de santé dans la démarche qualité

1 – refonder le conventionnement sur la (re)certification, selon des critères définis par la communauté hospitalo-universitaire, appliquée par des experts hospitalo-universitaires, des médecins-conseils et des libéraux désignés par l'ANAES, tous les 7 ans (sauf contrôle ou enquête réclamée par l'Assurance maladie), en commençant par les praticiens les plus anciens.

2 – conventionner l'offre de soins en fonction des besoins : sans instaurer d'emblée un "conventionnement sélectif " qui serait mal accepté, on reviendrait, pour réduire les zones de surdensité médicale, sur la liberté d'installation dans ces zones, en limitant le conventionnement au remplacement des départs (la surdensité étant supposée induire des stratégies individuelles opposées à une démarche qualité et déconnectée des besoins réels). Par ailleurs, une réduction des effectifs sera favorisée par des primes de reconversion, modulées par région et par discipline, en fonction du revenu et du potentiel d'activité résiduel.

3 – moduler le champ du conventionnement en fonction de l'habilitation professionnelle, remise en cause radicale de l'omnivalence du diplôme et même de la qualification spécialisée, aboutissant à encadrer un certain nombre d'activités " pour des motifs de qualité et de santé publique, avec des conséquences positives sur la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé ". Cette habilitation repose sur divers critères d'équipement, de formation, d'expérience (avec par exemple désignation de " centres d'excellence " ou instauration de la nécessité dans certains cas d'un " deuxième avis "), mais aussi sur une exclusion de professionnels " dont la pratique déviante/dangereuse est constatée par un comité de pairs " (cas de figure différent de celui prévu par l'actuel article L 460 du CSP, concernant avant tout les problèmes psychiatriques). Dans cette habilitation, les médecins-conseils seraient amenés à jouer un rôle remettant en question l'article 103 du Code de déontologie.

4 – généraliser le compte-rendu écrit des actes médicaux techniques et intellectuels, à compter du 1/1/2000, consultable par le contrôle médical. Il serait seulement périodique lorsque le spécialiste assure lui-même la prise en charge d'un traitement.

5 – contractualiser le conventionnement des médecins en secteur 2, considéré comme source d'inégalité et de déséquilibre entre les parties contractantes : c'est-à-dire non seulement en refusant l'accès dans les " zones d'ombre " (secteur 2 majoritaire), mais introduire des limitations de dépassement par acte et en masse,

l'obligation de prescrire des " équivalents thérapeutiques " et de télétransmettre, contrat imposé d'abord aux plus anciens...Serait instauré en contrepartie un nouveau secteur ouvrant droit à dépassement plafonné et pris en charge pour les chefs de clinique assistants et les praticiens surqualifiés. Cotisations et prestations seront alignées sur le régime général.

6 – moduler la prise en charge des cotisations sociales, qui coûterait 8 milliards alors qu'il n'est plus nécessaire de rendre le conventionnement attractif. Cette " subvention " serait progressivement plafonnée et modulée par région et spécialité comme en fonction par exemple de la prescription d'équivalents thérapeutiques et de la télétransmission. Par ailleurs elle serait assise sur les seuls honoraires remboursés.

La régulation de l'offre repose en outre sur le maintien ou le renforcement du numéris global et par spécialité, en fonction d'un " schéma cible d'accès aux soins "

L'implication des assurés dans la démarche qualité

7 – un carnet de santé/volet de santé (carte Vitale) opposables, sous peine de minoration de prise en charge, l'obligation portant sur l'inscription de l'acte effectué et des prescriptions (le droit d'opposition portant sur les données médicales proprement dites), ce dispositif visant à apprécier leur pertinence et à favoriser la " continuité optimale des soins ", en fait le travail en filière ou en réseau.

8 – un choix rationnel entre modes d'accès aux soins, visant en fait à favoriser la démarche en filière (médecin référent) par une majoration du taux de prise en charge dans le cadre de cette option, dont le bénéfice serait toutefois perdu " en cas de refus répété par le patient de la transparence des données sanitaires ".

9 – un bilan des soins effectué par le contrôle médical pour les patients " grands consommateurs " hors ALD et hors filière pour leur permettre de " s'approprier progressivement une démarche optimale de soins "...

10 – rendre certaines normes d'investigation et de dépistage progressivement opposables aux patients.

Créer un environnement régulateur et restructurant

A – les mesures de régulation du secteur de soins ambulatoires

11 – la régulation des dépenses médicales par un dispositif conforme à la Constitution, efficace et acceptable pour les professionnels, la démarche de qualité, par sa progressivité, n'assurant pas les besoins immédiats de maîtrise du système de soins. **Ni le contrôle individuel**, très lourd à gérer et complexe pour l'Assurance maladie, ni le système de **lettres-clé flottantes** par discipline, propre à " corriger un déséquilibre ponctuel " (comme ce sera le cas pour 1998) mais pas une régulation globale de par ses difficultés d'application (arbitrages entre disciplines, normation des revenus, etc.), ne peuvent se substituer à un dispositif de **régulation collective** conforme aux exigences constitutionnelles. Ainsi, à partir des deux enveloppes traditionnelles (généralistes et spécialistes, honoraires + prescriptions), modulerait-on les **versements** de façon **individualisée** par rapport à un revenu moyen par spécialité calculé sur l'année N - 1 et applicables même aux praticiens situés en deçà de la moyenne ; l'assiette individuelle intégrerait les dépassements. Le taux de versement serait ainsi de T sous la moyenne, T2 au dessus de la moyenne, T3 pour les dépassements du secteur 2. Ces taux seraient atténués en fonction d'un **engagement individuel de maîtrise** défini par discipline (seuil maximal d'activité, limitation des dépassements, coordination des soins, prescription en équivalents thérapeutiques).

.....

15 – prise en charge des médicaments avec dissociation du prix fabricant et du tarif de responsabilité, en allant progressivement des génériques et des équivalents thérapeutiques aux classes pharmacothérapeutiques proprement dites.

B – les mesures transversales ville/hôpital

Elles concernent la chirurgie ambulatoire, la dialyse, les chimiothérapies, les transports sanitaires.

C – Les mesures propres au secteur hospitalier

Elles comprennent l'audit des structures par les Caisses, l'harmonisation des modes de financement à travers l'exploitation généralisée des PMSI comme instrument de tarification, enfin une gestion centralisée mais déconcentrée du patrimoine hospitalier.

D – Les mesures d'économie

Elles concernent des postes aussi divers que les cures thermales, les vaccins anti-grippaux (régularisation des marges), la gestion des excédents de trésorerie des hôpitaux, la prise en charge des médicaments à faible ASMR (amélioration du service médical rendu) par diminution ou suppression de leur remboursement (par exemple homéopathie, vasodilatateurs, nootropes, antiacides et topiques gastro-intestinaux, myorelaxants, mais aussi antihistaminiques, cholagogues, antidiarrhéiques, antispasmodiques, laxatifs, veinotoniques, etc.). – ou les cliniques privées...

C'est dans ce cadre (!) que l'on voit apparaître les mesures d'économie portant sur les spécialités dites "inflationnistes", cardiologues, ophtalmologues, anatomo-pathologistes et...**neurologues, neuropsychiatres et psychiatres**. Pour ceux-ci, pas d'effet de déport d'activité à redouter puisque 95% de leurs actes sont des consultations : puisque la masse d'honoraires a augmenté de 3,2% en 1998 (3% par praticien), on diminuera le Cnpsy de 4,4% (de 225 à 215 F), soit 124 millions d'économies escomptés. On remarquera à ce propos que non seulement ce sont les plus faibles parmi les " dépasseurs " mais qu'aucune référence n'est faite à leur niveau de revenus (absolu ou relatif)...

Suivent de volumineuses **annexes** exposant d'abord les étapes du plan et le chiffrage des économies escomptées (**62 milliards en année pleine**), avec le retour à une évolution tendancielle des soins de ville à **1,1 %/an** en volume. A la suite, 23 fiches détaillent les mesures précédentes, en incluant un protocole d'accord, d'harmonisation et de non concurrence entre Assurance maladie obligatoire et assureurs complémentaires. Très techniques, très détaillées, elles réservent quelques surprises de taille ! Par commodité, nous avons inclus certaines des précisions qu'elles fournissent dans l'énumération globale des diverses mesures que nous venons d'effectuer.

Cette analyse devrait servir de base à la réflexion collective. On en trouvera un premier essai dans le texte de Jean-Jacques Laboutière qu'on lira ci-après.

Gérard BLES

Le plan Johanet : de la Sécurité Sociale aux HMO ?

Jean-Jacques Laboutière

C'est bien sûr la proposition de réduction autoritaire et inacceptable du CNPSY de 225 à 215 F qui a d'emblée frappé les psychiatres libéraux lors de la publication en mars dernier du Plan Stratégique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie rédigé par Monsieur Johanet. Cette mesure ne doit cependant pas faire perdre de vue certains aspects plus fondamentaux de ce projet qui se veut en fait une véritable révolution de l'assurance maladie.

Ce plan se donne comme principal objectif d'introduire dans le système sanitaire une démarche qualité généralisée. Certes, la qualité des soins est en elle-même un objectif dont ne pouvons que reconnaître et défendre l'intérêt. Toutefois nous allons voir qu'il serait fort naïf de croire que " qualité des soins " et " démarche qualité " soient deux notions superposables car, ainsi que nous le rappelle d'emblée M. Johanet, cette dernière obéit à des critères stricts dont la simple mise en œuvre constituerait déjà un profond bouleversement.

Le premier de ces critères est la sélection, sélection d'une part des besoins sanitaires et d'autre part des producteurs de soins.

En effet, dans le cadre de cette démarche qualité, il ne saurait plus être question de prendre en charge les besoins au seul nom de la demande des patients. C'est à l'État, et à lui seul, que Monsieur Johanet reconnaît la légitimité de déterminer quels sont les besoins de soins de la population. Ces besoins devront être déterminés non seulement quantitativement mais aussi dans leur nature en distinguant tout particulièrement les besoins de santé qui appellent une réponse strictement sanitaire de ceux qui imposent des mesures environnementales. Que faut-il entendre par ce terme très vague ? Devons nous craindre ici pour nos pratiques ? Seul, sans doute, l'auteur le sait-il mais observons que le plan pose d'emblée cette possibilité d'exclure les prises en charges qui pourraient paraître plus " environnementales " que sanitaires. Observons de surcroît que M. Johanet prend grand soin de se défaire sur l'État de la lourde responsabilité de la détermination des besoins sanitaires, ne gardant pour les Caisses que celle d'administrer les moyens.

La sélection des soins dérive quant à elle directement de la sélection des besoins. C'est à l'Assurance Maladie qu'il appartiendra de choisir le " panier de biens et de services " nécessaires à la prise en charge des seuls besoins préalablement déterminés. Ces prestations sanitaires, ces produits, comme le dit l'auteur, seront sélectionnés en fonction de critères de qualité, ce qui conduit du même coup à abandonner le " conventionnement automatique et à vie des prestataires ".

Ainsi, comme le souhaite Monsieur Johanet, l'assurance maladie cessera d'être le payeur aveugle qu'elle est aujourd'hui pour devenir un acheteur avisé.

M. Johanet ne se leurre cependant pas sur le fait que ses propositions auraient fort peu de chance d'être mises en œuvre si les critères permettant de déterminer d'une part les besoins et d'autre part l'utilité, la qualité et le coût des soins n'étaient déterminés que par l'Assurance maladie. Il invite donc chacun des acteurs de notre système sanitaire à prendre ses responsabilités mais ne les invite pas pour autant à la table des négociations.

Il juge plus habile de les diviser en leur distribuant les rôles. À l'État, comme nous venons de le voir, celui de définir les besoins de soins et la politique de Santé Publique ; à la communauté scientifique et à l'assurance maladie d'assurer conjointement la mission de déterminer l'utilité des soins ; la qualité des soins dépendra de la seule communauté scientifique et les coûts ne seront du ressort que de l'assurance maladie, ce qui permet au passage à l'auteur de plaider pour une plus large autonomie de cette dernière.

Bien étrange conception du partenariat que celle-ci, qui consiste en fait à se réserver l'entière maîtrise comptable ainsi qu'un droit de regard sur l'utilité des soins tout en déportant sur les autres instances l'incommensurable des besoins et de la qualité des soins ...

Enfin, la pulsion scopique de M. Johanet est désormais légendaire. Il eût donc été surprenant que, sous sa plume, la transparence ne fût pas elle aussi exigible en matière de démarche qualité.

M. Johanet reprend ici les thèmes qui lui sont chers : codages des actes et des pathologies, mais y ajoute l'obligation de coder tous les actes de soins, qu'ils soient remboursables ou non. Selon lui, il faut bien en effet que même les actes qui n'appartiennent pas au panier de soins puissent être " tracés " pour qu'ils puissent en faire un jour parti s'ils s'avéraient d'une utilité incontestable.

La transparence ne saurait cependant se limiter à ces codages. Les praticiens eux-mêmes doivent devenir transparents en se soumettant à des procédures de recertification périodique. Il suggère d'ailleurs de commencer par les praticiens les plus anciens, laissant donc clairement entendre que c'est l'expérience professionnelle qui rend opaque : devons-nous en déduire que pour rester transparent un praticien devrait renoncer à soigner ? Toute son argumentation, il est vrai, va dans ce sens...

Les patients eux-mêmes sont bien sûr invités à cette transparence. M. Johanet leur demande de comprendre que l'abandon du secret médical constitue non seulement une juste contrepartie de la prise en charge de leurs soins par l'assurance maladie mais encore une nécessité pour la qualité des soins. Ainsi qu'il ne craint pas de l'écrire : " La qualité totale des soins est antinomique avec la préservation absolue de l'intimité. "

Sous la noblesse de l'intention (la démarche qualité), il est donc clair que c'est en fait à un changement radical de logique que veut aboutir ce plan. Il ne s'agit de rien de moins que de mettre en place un système de manage-care dans le cadre duquel le soin est définitivement assimilé à un produit industriel, l'art du praticien est réduit à une technique de production standardisée et la relation médecin-malade est obligatoirement triangulée avec l'assurance maladie qui décide tout autant de la légitimité de la demande de soins que la réponse thérapeutique à apporter.

Cette évolution pouvait être redoutée depuis plusieurs années et sans doute l'influence du patronat et de la pensée libérale au sein du conseil d'administration de la CNAMTS n'a-t-elle rien fait pour freiner ce mouvement. C'est pourquoi il importe désormais d'être clair et net : le Plan Johanet reviendrait, s'il était appliqué tel quel, à créer une Health Management Organization sur le modèle américain, et ceci à l'échelle de notre pays tout entier.

Chacun en connaît bien le principe. Un assureur prend en charge une population et assigne les patients ainsi pris en otage aux seuls soins qu'il décide de rembourser. En dépit d'inlassables et subtiles justifications en terme de qualité des soins, la détermination du panier de soins remboursables obéit prioritairement à des considérations comptables, au point que l'on a vu déjà des médecins américains dénoncer le fait que des gestionnaires de HMO leur interdisaient parfois d'informer leurs patients de certains progrès thérapeutiques jugés trop coûteux. De surcroît, il n'est pas entièrement prouvé que ces HMO permettent de résoudre le problème de la croissance des dépenses de santé : les États Unis, où ce mode de prise en charge représente maintenant environ 40 % des assurés, soit une part très significative de la population, reste le pays dans lequel les dépenses de santé par habitant restent les plus élevées au monde.

Nous savons bien que M. Johanet protestera que son plan n'a rien avoir avec ce genre d'organisation. Mais, pour notre part, nous ne voyons pas en quoi il s'en distingue.

Mais surtout, nous savons bien que l'introduction du manage care aux États Unis a complètement dénaturé la pratique libérale de la psychiatrie car c'est dans notre discipline, en effet, que l'écart entre la qualité des soins et une démarche qualité brutalement importée de la culture industrielle s'avère sans aucun doute le plus sensible. Sans nous attarder à développer ce qui est évident pour chaque psychiatre, nous savons bien que notre opératoire thérapeutique ne peut se décrire en terme de gestes standardisés et que le patient ne peut être réduit à un objet de soins.

Or c'est ici que les amalgames, issus de la pensée ultralibérale, entre le soin et le produit industrialisé, la demande de soins et la consommation, le praticien et le producteur, développent leurs effets les plus pervers. Du fait même que l'acte psychiatrique – trop opaque dirait sans doute M. Johanet – ne peut être appréhendé au travers des procédures de démarche qualité calquées sur les modèles industriels, il est de fait rejeté dans la

géhénne de la " non-qualité ", dans le domaine des soins suspects d'être inefficaces et inutiles du simple fait que leur qualité ne peut être objectivé, encore moins mesurée, hormis le bénéfice que le patient en retire lui-même. Mais ce dernier n'a ici aucune importance puisque tout le système est pensé comme une économie des soins pour une population entière et non pas en termes de soins spécifiques pour un patient donné.

À ce titre, la réduction autoritaire du CNPsy, justifiée dans le Plan Johanet du seul fait que les psychiatres libéraux auraient trop largement dépassé leur part de l'enveloppe en 1998, peut aussi être entendue comme le signe annonciateur du mépris dont notre discipline risque d'être l'objet du simple fait qu'elle n'est pas assez instrumentée ni assez " transparente ".

À ce mouvement qui pourrait s'avérer dévastateur, l'AFPEP-SNPP peut opposer près de trente ans de travail, de réflexion, de recherche qui permettent incontestablement de rendre compte de l'utilité et de la qualité de nos soins. Il est plus que jamais impératif de poursuivre ces efforts.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

Collectif de soignants, praticiens libéraux et travailleurs sociaux contre les exclusions

*«Si tu sauves un homme, tu sauves l'humanité»
Le Talmud*

*Le docteur Georges FEDERMANN nous a fait part de l'initiative prise par un certain nombre de psychiatres et autres praticiens d'Alsace en faveur des **personnes exclues**. Vous trouverez ci-après les principes qui régissent ce collectif. Si vous souhaitez mettre en place dans votre région une structure analogue et avez besoin d'informations pratiques, vous pouvez vous mettre directement en rapport avec lui.*

UN CONSTAT

Dépendantes entièrement des associations caritatives ou de l'assistance hospitalière, les personnes sans domicile fixe ou en situation irrégulière sont aussi, dans leur majorité, des **exclus de la médecine libérale**, surtout lorsque leur état implique des prescriptions, des examens et des traitements réguliers.

Nous sommes particulièrement attentifs aux bénéficiaires des allocations de la COTOREP, de la CAF et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui voient parfois leurs situations au regard du Droit (et des droits), évoluer défavorablement de manière insidieuse sans ce que cela suscite de réactions (politiques) des professionnels (voir notamment " le journal du SIDA n° 115 avril 99).

UN BUT

C'est pour lutter contre les effets de ces carences que nous avons mis sur pied un collectif de travailleurs sociaux et de médecins libéraux volontaires, prêts à accueillir dans leurs cabinets ces frères et sœurs en humanité (réf. A la pathologie de la fraternité décrite par MaisonDieu), sous la forme de parrainages médicaux.

DES MOYENS

Nous nous sommes constitués chacun un carnet d'adresses avec la tâche de contacter nous-même nos correspondants pour fixer les rendez-vous pour nos " filleuls médicaux ".

Nous avons établi des liens étroits avec nos confrères hospitaliers du public et avec la consultation de psychiatrie transculturelle de Strasbourg.

DES POPULATIONS CIBLES À RISQUES

Les chômeurs, les rmistes, de nombreuses mères célibataires, les sans papiers, les personnes au seuil de pauvreté et les sdf sont les principales victimes des menaces sociales, psychologiques et politiques qui se traduisent par des difficultés d'accessibilité au logement, au travail, aux soins médicaux et à la régularisation de titre de séjour.

DES NOUVEAUX CADRES DE CONSULTATION

Ils imposent aux médecins libéraux d'inscrire aussi leur pratique hors de leur cabinet et voient des psychiatres s'inscrire comme généralistes aux yeux des marginaux ou comme aide à l'examen d'une dynamique de travail de groupe dans les associations sociales ou les structures socio-humanitaires. Les psychothérapies sont rarement possibles.

Dr Georges Federmann, 5 rue du Haut-Barr – 67000 Strasbourg – tel : 03 88 25 12 30 - fax : 03 88 52 16 43.

Démographie : la discipline psychiatrique unanime

Le 22 mars dernier, le S.N.P.P. s'adressait à l'ensemble des syndicats de psychiatres dans les termes suivants :

" Il n'est certainement pas besoin de détailler à votre intention les difficultés que traverse ces dernières années notre spécialité, soumise de plein fouet à une politique de santé dont les déterminants économiques sont devenus plus que jamais prévalants alors qu'elle se heurte par ailleurs à une incompréhension relative qui ne date pas d'hier et qu'elle doit sans doute à la nature même de son objet.

L'un des signes les plus flagrants en sont les mesures de réduction démographique adoptées en catimini et sur lesquelles encore le 10 octobre dernier (Journée nationale de la santé mentale) notre ministre de tutelle a refusé de répondre – alors que ses conseillers n'hésitent pas à affirmer qu'elles sont irrévocables.

Chaque catégorie de psychiatres se heurte par ailleurs à des difficultés propres qu'elles ne cessent de dénoncer – dont il faut bien voir que leurs conséquences rejaillissent sur la discipline toute entière. Les hospitaliers, leurs moyens et leur statut, les associatifs, leurs réductions d'horaire et de responsabilités comme leurs difficultés de recrutement, les libéraux enfin, soumis à des mesures multiples portant atteinte à leur indépendance et au respect de la confidentialité des soins et qui, de surcroît, se voient annoncer une diminution de la valeur de leur acte de consultation dans le cadre du plan Johanet – tous ces faits paraissent dessiner un avenir plus que sombre pour leur discipline, et surtout pour les patients qu'ils prennent en charge.

Aussi nous paraît-il aujourd'hui indispensable et urgent que nous réagissions collectivement et solidairement pour dénoncer une aussi grave évolution ".

Notre syndicat proposait à leur approbation le texte d'"un cri d'alarme", dont la version définitive était adoptée par les huit syndicats signataires et faisait l'objet d'une adaptation en version abrégée et d'un communiqué de presse commun le 2 avril.

UN CRI D'ALARME

La psychiatrie, n'est pas le seul instrument au service de la santé mentale, tant s'en faut – pas plus que les psychiatres ne sont les seuls opérateurs à intervenir dans l'exercice de cette discipline. Néanmoins :

- la psychiatrie, branche de la médecine qui puise ses ressources dans de multiples domaines de connaissances, biologiques, psychologiques ou sociales, au carrefour des quelles elle se situe et dont elle tire ses moyens d'intervention, tient sa spécificité de son objet (la prise en charge de la souffrance psychique et des décompensations dont elle s'accompagne) comme de ses méthodes, fondées sur la multidisciplinarité mais aussi la place déterminante qu'y occupe la relation. Discipline soignante, elle intervient de surcroît sur le mode préventif en offrant à la fois des possibilités d'intervention précoce dans les situations de crise, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, avant que ne se constituent des situations pathologiques plus ou moins invalidantes et une capacité de suite évitant aggravations ou rechutes ;

- les psychiatres, de par leurs études approfondies, longues (12 années en moyenne), multidisciplinaires, et la place qu'y occupe la formation à une relation thérapeutique maîtrisée, mettent au service de la psychiatrie la double potentialité complémentaire et spécifique de leurs compétences médicales et psychothérapiques, enrichies par une expérience clinique spécifique soumise elle-même à un questionnement théorique permanent.

C'est pourquoi, alors que les pouvoirs publics reconnaissent eux-mêmes l'importance que prennent dans le champ de la santé les difficultés de la sphère psychique quelles qu'en soient les manifestations (des maladies mentales proprement dites à la pathologie dite psychosomatique), alors que ces mêmes pouvoirs publics dénoncent les carences ou inadéquations dans la prise en charge de ces difficultés, il apparaît incompréhensible que dans le même temps ils aient programmé une réduction démographique drastique de la spécialité (30% en 15 ans) : des centaines de postes sont dès à présents vacants dans le service public de psychiatrie comme dans les institutions spécialisées du secteur associatif, cependant que, dans la plupart des régions, les délais d'attente atteignent plusieurs semaines dans les cabinets de ville en raison d'une augmentation toujours croissante des besoins et de la demande de soins. Ces mêmes pouvoirs publics ne méconnaissent apparemment pas la réalité des besoins comme l'insuffisance numérique et qualitative des opérateurs potentiels puisqu'ils sollicitent les psychiatres, publics ou privés, de participer activement, notamment dans le cadre de, à la formation et la coordination d'autres intervenants, généralistes, infirmiers, psychologues. Or un tel engagement suppose que les psychiatres, quel que soit leur statut, distraient une part importante de leur activité d'un temps proprement soignant pourtant plus que jamais nécessaire puisque cette soustraction ne ferait qu'aggraver les manques existants. La solution qui consisterait à réduire les psychiatres à la fonction d'experts et de formateurs implique un contresens majeur en ce que, il faut le souligner, leur capacité expertale, dans tous les domaines, ne peut se soutenir que dans la poursuite d'une expérience soignante importante, seule capable d'entretenir et d'améliorer constamment leurs compétences.

Non moins incompréhensible est l'attitude qui consiste à limiter ou réduire les moyens de soins, en personnels ou en équipements, dans le domaine institutionnel (secteur psychiatrique, structures associatives), comme à refuser les aménagements statutaires légitimement revendiqués par les psychiatres intervenant à ce niveau. Toutes aussi absurdes seraient des mesures telles que celle que vient de proposer le rapport Johanet consistant à réduire le montant de l'honoraire de consultation en pratique privée, mesure qui serait perçue comme une dénégation insupportable de la compétence propre au psychiatre et entraînerait le risque presque inéluctable d'une altération qualitative des prestations en réduisant le temps d'écoute et donc de la dimension psychothérapique spécifique de l'acte psychiatrique au profit d'un accroissement dès lors inévitable des prescriptions médicamenteuses – mesure de surcroît contre-productive dans la recherche d'une optimisation des dépenses de santé.

Les structures de concertation existent, mais ne sont plus que médiocrement utilisées depuis quelques années – ce que les organisations représentatives des psychiatres déplorent. L'information proposée au grand public, la demande qui lui est adressée de contribuer à l'évolution des structures sanitaires, sont certainement intéressantes – mais ne résolvent pas pour autant le problème des moyens, sauf à nourrir l'illusion résumée dans une formule qui fut célèbre : " la psychiatrie doit être faite/défaite par tous ". Notre société est

légitimement exigeante en termes de compétences comme de performances : il serait aberrant de renoncer à améliorer ou, pire encore, d'accepter de détruire ce qui existe dans l'espoir, fallacieux, de mettre en place des solutions à la fois plus " simples " et...moins onéreuses. Les problèmes que pose la souffrance psychique vont croissants tant dans leur importance que dans leur complexité. Plus qu'une erreur, ce serait une faute grave, humainement et socialement extrêmement coûteuse, que de les méconnaître ou de les sous-estimer.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 2 AVRIL 1999

La psychiatrie est une branche de la médecine qui puise ses ressources dans de multiples domaines de connaissances, biologiques, psychologiques ou sociales, dont elle tire ses moyens d'intervention. Elle tient sa spécificité de son objet (la prise en charge de la souffrance psychique et des décompensations dont elle s'accompagne) comme de ses méthodes, fondées sur la multidisciplinarité mais aussi la place déterminante qu'y occupe la relation. Discipline soignante, elle offre de surcroît un fort potentiel préventif qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes.

Les psychiatres, bien qu'ils ne soient pas les seuls opérateurs dans ce champ, offrent, de par leurs études longues et approfondies, leur expérience clinique spécifique et la place privilégiée qu'y occupe la formation à une relation thérapeutique maîtrisée, le service irremplaçable de leur double potentiel médical et psychothérapeutique.

C'est pourquoi alors que les pouvoirs publics reconnaissent l'importance sanitaire des troubles psychiques, voire les carences existantes dans leur prise en charge (postes vacants, délais d'attente, défauts d'alternatives, etc.), il apparaît incompréhensible qu'ils puissent programmer une réduction démographique de la spécialité (30 % en 15 ans), laquelle est au demeurant sollicitée pour former des intervenants de moindre qualification. Formateurs et experts, les psychiatres verraient ainsi se réduire de plus en plus leurs fonction soignante qui est à la source même de leur compétence.

Tout aussi incompréhensible est la réduction des moyens institutionnels, le refus des évolutions statutaires, comme, proposition toute récente, le serait la diminution de l'honoraire de consultation, avec les risques d'altération qualitative de celle-ci aux dépens de sa dimension psychothérapeutique spécifique (au profit d'un accroissement des prescriptions, lui-même contre-productif sur le plan économique).

Notre société est légitimement exigeante en matière de compétences comme de performances : compromettre l'acquis et ses progrès potentiels dans l'illusion d'une simplification des méthodes comme d'une réduction des dépenses dans le domaine éminemment complexe de la psychiatrie serait une faute grave, humainement et socialement extrêmement coûteuse.

**Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés
Syndicat National des Psychiatres Privés
Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public
Syndicat des Psychiatres Français
Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
Syndicat des Psychiatres de Secteur
Syndicat Universitaire de Psychiatrie
Union Syndicale de la Psychiatrie**

Conférence de presse commune du 6 mai 1999

Le 6 mai, nos huit syndicats tenaient une conférence de presse commune dans le cadre de l'amphithéâtre Magnan à Sainte-Anne, présentant aux journalistes une série de dossiers très étoffés sur les caractéristiques et les difficultés des différentes modalités de pratique.

Participaient à la conférence de presse :

- pour le Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes publics, Semi-publics et Privés

Dr Roger Salbreux (Président)

- pour le Syndicat National des Psychiatres Privés

Dr Gérard Bles (Président), Dr Jean-Jacques Laboutière (Secrétaire général)

- pour le Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public

Dr Dominique Brengard (Conseiller national)

- pour le Syndicat des Psychiatres Français

Dr François Kammerer (Secrétaire général adjoint)

- pour le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

Dr Pierre Faraggi (Président)

- pour le Syndicat des Psychiatres de Secteur

Dr Sylvie Peron (Vice-présidente)

- pour le Syndicat Universitaire de Psychiatrie

Pr Lucien Colonna (Président), Pr Daniel Sechter (Secrétaire général)

- pour le Union Syndicale de la Psychiatrie

Dr Alain Abrieu (Président), Dr Olivier Boitard (Vice-président), Dr Paul Machto (Conseiller national)

En introduction à cette conférence, le Président du S.N.P.P. effectuait la déclaration suivante :

La psychiatrie française apparaît originale à bien des égards, même si elle a suivi ou parfois précédé les évolutions de la psychiatrie européenne et mondiale. Pour en rester au dernier demi-siècle, si elle a émergé de la guerre avec un équipement et un fonctionnement obsolètes, un petit groupe de psychiatres engagés a impulsé une conception nouvelle de l'institution soignante (qui s'appellera plus tard la psychothérapie institutionnelle) en même temps que celle-ci s'efforçait de s'ouvrir sur la société. Berceau de la psychopharmacologie (chlorpromazine, 1952) qui a facilité son évolution, la psychiatrie française s'est surtout marquée par la mise en place à partir de 1960 de la politique de secteur qui a bouleversé progressivement l'organisation d'un service public alors largement prédominant. Le développement des pratiques ambulatoires comme l'emprise croissante des conceptions psychanalytiques favorisait dans un deuxième temps l'expansion d'une pratique privée à dominante psychothérapique, soutenue par la généralisation d'une couverture sociale autorisant le plus large accès aux soins. La séparation de la neurologie et de la psychiatrie en 1968 concrétisait la maturité d'une discipline qui devenait ainsi maîtresse de ses propres filières de formation. L'expansion démographique du corps professionnel jusqu'à ces dernières années répondait à la multiplication croissante des tâches qui lui étaient confiées parallèlement à l'augmentation considérable d'une demande de soins individuelle désormais largement assumée par une majorité de la population.

Cependant, de nombreuses carences subsistaient dans divers domaines qui ne tenaient pas qu'aux crédits d'équipement, puisque des centaines de postes demeuraient vacants dans le service public comme dans le secteur associatif et que les délais de prise en charge tendaient le plus souvent à s'allonger de plusieurs semaines en pratique de ville. La question démographique n'apparaissait donc pas résolue, tant s'en faut. C'est pourtant dans ce contexte qu'on a vu s'amorcer une politique malthusienne " à bas bruit ", dont la première manifestation a été la réduction brutale du nombre de psychiatres en formation, apparemment noyée dans une démarche généralisée de réduction du nombre de spécialistes. Aucune politique officielle n'était affichée à cet égard, alors que les projections laissaient apparaître qu'en 20 ans la psychiatrie allait perdre 35 % de son effectif de médecins qualifiés. On peut croire cependant qu'une décision a été prise quelque part, à

l'insu des instances consultatives en ce domaine (instances qui ne se réunissent d'ailleurs plus depuis quelques années...). Le Secrétariat d'État à la Santé laisse entendre que dans tous les cas une telle évolution serait irrévocable !

Pourquoi ? Faut-il considérer que les besoins de soins psychiatriques non seulement seraient satisfaits (ce qu'affirme seul, et sans preuves, le rapport Nicolas à l'encontre d'autres bilans, beaucoup plus approfondis, comme le récent rapport du Conseil Économique et Social) mais qu'ils vont aller en régressant eux aussi de 35 % ? Compte tenu des missions nouvelles qu'on nous affecte, compte tenu aussi des incitations qui nous sont adressées à former de nouveaux intervenants en psychiatrie, non spécialistes, on ne peut accrédi-ter une telle version des choses.

Les psychiatres se seraient-ils avérés défail- lants à accomplir une tâche dans laquelle ils conjoignent leur compétence médicale et scientifique à une formation approfondie aux techniques de relation qui demeurent de façon incontournable au cœur de leur pratique ? On leur demande certes d'évoluer, de s'impliquer plus dans les " réseaux " (dont le " secteur " constitue déjà un exemple presque paradigmatique...) : le refusent-ils, même s'ils revendiquent de préserver au maximum le caractère personnel de la relation soignante ?

Coûtent-ils trop chers (par exemple 2,7 % de la dépense libérale pour 5 % de l'effectif des praticiens libéraux – il est vrai que G. Johanet envisage de réduire encore la valeur de notre acte...) ? On envisage bien de rémunérer, légitimement, les " nouveaux " intervenants, ce qui ne laisse pas augurer d'économies particulières – à moins que certains actes ne soient plus remboursés par l'Assurance Maladie ?

Dans quelle ambition s'origine alors cette démarche de déqualification en psychiatrie ? On nous laisse entendre maintenant que notre rôle devrait se réduire à celui d'expert consultant – ce qui est gravement méconnaître que notre expertise résulte justement de notre pratique soignante qui la nourrit et la renouvelle sans cesse, sauf à nous déconnecter de toute réalité souffrante. Dans un rapport récent auquel le Gouvernement a donné un large écho, E. Zarifian dénonçait l'absence de " stratégie thérapeutique globale " dans tout ce qui ressortissait de la prise en charge non spécialisée, entraînant une surconsommation des psychotropes justement mise en question : voudrait-on accentuer encore un tel déséquilibre ?

Il faut cinq ans au minimum et une vaste expérience clinique pour former un psychiatre. De surcroît sa compétence s'enrichit de l'abord de multiples domaines nouveaux qui ne se prêtent guère à l'improvisation. Il opère par vocation et par nécessité un double travail d'analyse et de synthèse – ce qui exige notamment de considérables et spécifiques efforts de formation continue supposant une disponibilité particulière qui s'accommode mal d'autres centres d'intérêt. Il peut concourir certes à l'initiation et la sensibilisation de praticiens d'autres disciplines aux problèmes psychiatriques, ce qui améliorera chez ceux-ci la perception des difficultés en ce domaine mais devrait plutôt contribuer à accroître la demande de soins spécialisés pour la réalisation desquels il demeure irremplaçable. À moins que l'on estime que nos patients ne méritent pas une telle mobilisation de compétences : c'est à eux en définitive d'en juger – et c'est pour cela que nous leur lançons aujourd'hui ce " cri d'alarme ".

Le **S.N.P.P.** pour sa part, outre des **données chiffrées** concernant la pratique libérale (déjà publiées dans le **BIPP n° 18, sept. 98**), proposait un dossier ainsi présenté :

La psychiatrie en danger

Dès 1997, le S.N.P.P. prenait une position très ferme sur les questions de **démographie**, dans le contexte d'une recherche prioritaire de qualité (**Déclaration du 19 octobre 1997**).

En septembre 1998, le S.N.P.P. avançait à l'intention des pouvoirs publics et des Caisses un certain nombre de propositions dans la perspective d'une concertation sur l'amélioration des soins psychiatriques, portant notamment sur les caractéristiques de la **consultation** du psychiatre, la **démographie** et la **formation** (Propositions du S.N.P.P., extrait, cf. BIPP n° 20, jan. 99).

Ces dernières années, la **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** s'est beaucoup développée en pratique libérale, au risque que les praticiens soient confrontés à une réglementation réductrice et absurde remettant en question de l'unicité de la spécialité (**Note sur la P.E.A. en exercice libéral, voir ci-après**).

En 1999 enfin est sorti le **plan Johanet** qui, par ses ambitions et les méthodes qu'il propose pour les réaliser, nous paraît s'inscrire en convergence avec l'évolution démographique dont nous dénonçons la programmation, dans la mesure où il repose probablement sur les mêmes sources d'inspiration (**Le plan Johanet : de la Sécurité sociale aux H.M.O. ?**, voir dans ce même numéro).

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (P.E.A.) en pratique libérale

De nombreux psychiatres exerçant en cabinet libéral reçoivent en consultation des enfants et des adolescents en plus de leur clientèle d'adultes, qu'ils soient titulaires ou non de l'option P.E.A.

Etant donnée la saturation des équipes de P.E.A. associatives (CMPP, CAMPS) et publiques (CMPI de l'intersecteur), ces confrères sont très sollicités. Face à une demande de soins ambulatoires en forte augmentation concernant les enfants et adolescents en difficulté, l'importance de leur contribution évolue rapidement dans de nombreuses régions.

Ces psychiatres exercent donc une activité de P.E.A. non exclusive, dans la mesure où ils reçoivent par ailleurs des adultes, soit pour leur pathologie propre, soit comme parents d'enfants ou d'adolescents en difficulté. Dans ce dernier cas, cela autorise un abord multifocal des problèmes individuels et/ou familiaux.

Il paraît inconcevable d'établir en termes de capacité d'exercice un clivage selon l'âge des patients comme sont tentés de le faire certains responsables de l'Assurance maladie ou l'Ordre des médecins, attitude qui reflète leur incompréhension des réalités de la pratique psychiatrique.

La qualification en psychiatrie générale permet de recevoir des enfants et des adolescents. En miroir, ceux des psychiatres qui sont détenteurs de l'option P.E.A. peuvent également prendre en charge des adultes.

Une réaffirmation de l'unicité de la discipline paraît de la plus grande opportunité.

Nous complétons enfin cette évocation de la conférence de presse du côté de la **pratique privée**⁽¹⁾ en reproduisant la note préparée par le Dr. R. Salbreux (Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes publics, Semi publics et Privés) qui rejoint parfaitement les conclusions de notre séminaire sur « **la pratique psychiatrique privée salariée en institution** » du 20 mars dernier auquel notre collègue avait activement participé :

Les difficultés des psychiatres salariés du secteur associatif

Plus de 4000 psychiatres travaillent à temps partiel et parfois à temps plein dans les quelque 4500 établissements et services pour personnes handicapées et inadaptées de ce secteur qui, toutes proportions gardées, peut se comparer au secteur sanitaire.

Initialement conçu pour accueillir en long séjour et pour assurer des conditions de vie moins exceptionnelles et donc plus proches de la normale que le secteur sanitaire, mais aussi pour donner une meilleure qualité de vie à des enfants ou des personnes âgées gravement inadaptées ou dépendantes, ce secteur s'est vu confier d'autres activités comme la prévention, le dépistage et le diagnostic, comme dans les centres d'action

médico-sociale précoce (C.A.M.S.P.) et les centres médico-psychopédagogiques (C.M.P.P.). C'est dire que la dimension des soins et du traitement ne lui sont nullement étrangères.

Cependant, depuis une vingtaine d'années et tout particulièrement après la loi d'orientation sur les personnes handicapées du 30 juin 1975, on assiste à une démedicalisation et à une dépsychiatisation de ces établissements et services au nom d'une idéologie qui veut que le handicap soit la séquelle sociale d'une maladie ancienne et disparue, voire d'un accident ou d'une blessure ou encore de l'âge et que la réhabilitation de la personne handicapée passe davantage, sinon exclusivement par le " traitement social " du handicap au détriment des soins et de l'accompagnement médicaux.

Ainsi l'on est passé d'une direction bicéphale réellement médico-administrative ou médico-éducative, qui dans bien des endroits persiste encore, à une direction purement administrative ou socio-éducative avec marginalisation du médecin ou du psychiatre, celui-ci étant finalement réduit à cautionner le remboursement des prix de journée ou des forfaits de fonctionnement par l'assurance maladie. Dans la plupart des cas, en effet, sauf pour les établissements dépendants directement du Conseil Général c'est la Sécurité sociale qui finance le secteur.

Cette évolution est apparue très visible à l'occasion des licenciements de plus en plus nombreux pour perte de confiance qui frappent les praticiens ou les psychiatres concernés, comme on a pu le voir récemment dans la presse à propos de la malheureuse affaire du Coteau.

L'indépendance thérapeutique et le secret professionnel sont mis à mal dans un grand nombre d'établissements, contribuant ainsi à détériorer la confiance qui est évidemment à la base de toute approche thérapeutique ou psychothérapeutique qu'elle soit individuelle ou institutionnelle.

*1- On retrouvera dans ce cadre la contribution du Syndicat des Psychiatres Français dans **La lettre de Psychiatrie Française** n° 85, p. 10 à 12. Les éléments complets du dossier de presse, comportant également de nombreuses informations sur la psychiatrie de service public, peuvent vous être adressés sur demande à notre secrétariat, S.N.P.P., 141 rue de Charenton 75012, Paris.*

Communiqué final

La politique malthusienne instaurée en psychiatrie, qui doit aboutir en 20 ans à une réduction de 35 % du nombre de psychiatres, a réussi à faire l'unanimité de la discipline contre elle. Les 8 syndicats représentatifs des diverses catégories de psychiatres, universitaires, publics, privés, salariés ou libéraux, ont, dans une conférence de presse tenue le 6 mai 1999 à Paris, lancé un " **cri d'alarme** " à l'intention des français en soulignant les graves conséquences d'une telle politique pour la santé mentale et la qualité des soins apportés aux personnes en situation de souffrance psychique. Face à des besoins psychiatriques sans cesse croissants, transférer la charge de soin vers des personnels moins qualifiés ne constitue certainement pas une solution bénéfique pour la santé, même sur le plan économique. Former un psychiatre prend 11 à 12 années minimum, ce qui rend tout processus de " rattrapage " totalement aléatoire. Les psychiatres sont tout à fait disponibles pour contribuer à former les autres intervenants en santé mentale mais se refusent à renoncer pour cela à tout ou partie de leur fonction soignante, source même de leur compétence. Ils réclament d'urgence une négociation approfondie sur ces questions avec leurs autorités de tutelle afin que soit réformée pendant qu'il en est encore temps une politique ici catastrophique.

Informations brèves

C.P.S. et télétransmission

Les Caisses primaires font actuellement le forcing auprès des praticiens, parfois sur un ton quasi-comminatoire, pour obtenir d'eux qu'ils effectuent leur demande de **carte professionnel de santé (C.P.S.)**, dans la perspective explicite de la **télétransmission des feuilles de soins électroniques (F.S.E.)**.

Il est donc important de rappeler que ni l'une, ni l'autre ne sont absolument obligatoires. La CPS est effectivement nécessaire pour télétransmettre (les autres services accessibles par le R.S.S. – réseau santé social – demeurant pour l'instant rudimentaires). Mais la télétransmission elle-même ne peut être imposée : outre que pour l'instant elle "cafouille " largement à l'expérience des 2 % de médecins qui la pratiquent, soit du fait du réseau, soit en raison des malfaçons constatées pour la carte Vitale, le seul risque couru à ne pas la pratiquer est d'avoir à payer quelques centimes pour chaque feuille de soins papier à partir du 1/1/2000. Et évidemment, pour ceux qui auraient accepté la prime à l'informatisation, d'avoir à restituer celle-ci au même terme.

Par ailleurs, nous n'avons toujours obtenu aucune garantie formelle concernant le dossier médical informatisé de la future carte **Sesam-Vitale II** (confidentialité, codages, etc.). Ce problème préoccupe fort les organisations de protection des libertés – et nous-mêmes évidemment. Sur le plan syndical, on peut estimer que le retard à réclamer la C.P.S. est une des manières pour la profession d'exercer une pression " politique " sur l'évolution du système, à la recherche de garanties vraies et surtout d'exemptions, au moins pour nous psychiatres.

Un prochain dossier sera consacré dans le BIPP à ces questions.

Exercice exclusif

La notion d'exercice exclusif se resserre au regard du Contrôle médical des Caisses. Après une collègue de l'Hérault qui a vu ses cotations déqualifiées de CNPsy en CS (!) au motif que prescrivant des médicaments non psychotropes, elle sortait de ses attributions de psychiatre – alors même qu'il s'agissait le plus souvent d'adjuvants au traitement psychotrope, un autre psychiatre, de la Marne celui-là, se voit refuser des prescriptions, exceptionnelles, de kinésithérapie au motif de " non qualification professionnelle d'un psychiatre pour les actes de kinésithérapie ", alors que le bien-fondé de la prescription elle-même n'est pas discuté. Et aucun des deux ne " font commerce " d'une clientèle non psychiatrique...

Déjà les prescriptions " de dépannage " tendent à disparaître de nos pratiques, enveloppe aidant. Mais l'étroitesse des contrôles paraît encore s'accuser, au-delà de toute logique médicale et... de toute économie. Le contrôle médical ne prend plus du tout ici en considération l'intérêt du malade mais raffine dans le pointillisme bureaucratique. Quant à l'omnivalence du diplôme de docteur en médecine ?

Arrêts de travail : horaires de sortie libres

Encore du pointillisme... C'est dans le Var cette fois-ci que ça se passe, le Président du CA de la Caisse primaire refusant ce type de prescriptions au motif d'infraction à la réglementation (et alors même qu'il fournit des textes démontrant le contraire !). Jusqu'à présent, cet usage n'était guère contesté en psychiatrie où les motifs thérapeutiques les plus pertinents le justifient. Toujours l'intérêt des malades ?

Mutuelles

L'Assemblée générale de la SMEREP a décidé qu'à partir du 1/1/99 elle prendrait en charge 15 CNPsy par an et 30 jours d'hospitalisation psychiatrique. C'est mieux que 0 comme précédemment, même si cela reste largement insuffisant pour une population étudiante dont on connaît la vulnérabilité psychiatrique. On peut penser à cet égard que les protestations syndicales ont servi à quelque chose...

Établissements de postcure psychiatrique

Le groupement des établissements de postcure psychiatrique de la région PACA proteste contre la façon injuste et obsolète dont est honorée la surveillance médicale dans ces établissements.

En effet, tutelle et contrôle médical demandent que cette surveillance soit de plus en plus médicalisée, correspondant à l'admission de malades de plus en plus lourds, sortis précocement de court séjour psychiatrique. Le travail médical inclut toujours plus de visites, d'astreintes et une prise en charge psychothérapique. Une observation médicale aux normes ANAES est exigée. Or les praticiens sont rémunérés sur la base de 13,43 F par jour et par malade pour le généraliste, 11,25 F par jour et par malade pour le psychiatre...selon des cotations qui n'ont pas varié depuis l'origine...

Est-ce la bonne manière pour favoriser l'engagement des praticiens dans une surveillance médicale de la qualité souhaitée et adaptée aux besoins des malades ? En ajoutant que cette tarification varie du simple au double selon la région, seul exemple d'un acte médical honoré différemment sur le territoire national, ce qui paraît contraire au principe d'égalité.

A propos du congrès 1999 de l'American Psychiatric Association : un exemple à (ne pas ?) suivre...

Jean-Jacques Laboutière

L'avalanche des contraintes médico-économiques qui menacent actuellement nos pratiques nous pousse à en observer les effets dans les pays soumis de longue date à une politique de santé essentiellement ordonnée à des considérations comptables. Les États Unis sont à ce titre particulièrement exemplaires.

Plusieurs symposia consacrés à la pratique privée dans le cadre du congrès annuel de l' American Psychiatric Association tenu mi-mai à Washington ont été l'occasion de faire le point de la question. Ils doivent d'ores et déjà nous faire réfléchir sur ce qui risque d'advenir de ce côté-ci de l'Atlantique. Si nos collègues américains affirment que la psychiatrie libérale a pu non seulement survivre à la crise extrêmement grave provoquée par la mise en place des Manage Care Organizations, mais encore se montrer de nouveau très florissante, ils reconnaissent cependant que cette survie n'a pas été sans de profondes modifications des pratiques. Nous en rapportons ici les traits les plus marquants.

La psychothérapie évacuée de la pratique psychiatrique

Comme on pouvait le craindre, c'est avant tout l'importance de la psychothérapie dans les prises en charge qui s'est trouvée modifiée.

Une étude réalisée par l'A.P.A. sur un échantillon représentatif de psychiatres privés montre que les prises en charge du psychiatre exerçant seul à son cabinet se répartissent maintenant de la manière suivante : 75 % de traitements associant psychothérapie et chimiothérapie, 20 % de prises en charge purement

chimiothérapiques et seulement 5 % de traitements uniquement psychothérapiques.

L'évolution est encore plus flagrante en hospitalisation privée puisque dans ce cas aucun traitement purement psychothérapique n'est plus repéré, les pratiques se répartissant en 61 % de traitements associant chimiothérapie et psychothérapie et 39 % de chimiothérapies.

Les prises en charges uniquement psychothérapiques ont donc pratiquement été évacuées de la pratique psychiatrique au profit des psychologues ; le paradigme du traitement psychiatrique est désormais le " traitement intégré " associant prescription de psychotropes et psychothérapie.

Notons enfin que le remboursement des psychothérapies est limité dans le temps. Cette limitation varie largement selon la Manage Care Organization mais il est de 68 séances en moyenne.

Pas de patient sans diagnostic

La population de patients a également changé. Le remboursement des soins par les Manage Care Organizations supposant au moins un diagnostic sur l'axe I du DSM, la simple souffrance psychique ou la névrose ne peuvent plus suffire en tant que telles à légitimer la réponse thérapeutique du psychiatre.

La même étude de l'A.P.A. montre d'ailleurs que plus de 50 % des patients présentent au moins 2 diagnostics sur cet axe I. La fréquence de ces comorbidités (au sens du DSM) ne laisse donc aucun doute quant à la sévérité des psychopathologies prises en charge.

Cette manière de poser les diagnostics reste généralement fort éloignée de notre pratique mais sa signification est cependant moins terrible qu'on le pourrait croire. En effet, nous aurions probablement des résultats très semblables en France si nous nous mettions à utiliser le DSM : contrairement à ce que laissait entendre le rapport du Conseil Économique et Social de 1997, les psychiatres privés n'administrent pas que des soins banalisés et légers.

Mais le vrai problème demeure le préalable obligé du diagnostic afin de pouvoir prétendre au remboursement des soins. Le " panier de soins " que nous promet Monsieur Johanet n'est sans doute pas très éloigné de cette idée.

Le psychiatre reste le principal acteur des soins

Une étude réalisée sur une population de patients bénéficiant de soins psychiatriques montre en effet que 65 % d'entre eux sont pris en charge par des psychiatres dans le cadre de traitements intégrés (chimiothérapie et psychothérapie) ; 20 % bénéficient d'un traitement psychotrope prescrit par un psychiatre et d'une psychothérapie auprès d'un psychologue ; 10 % reçoivent un traitement psychotrope de leur généraliste tout en suivant une thérapie chez un psychologue et 5 % seulement sont en thérapie chez un psychiatre alors que le généraliste prescrit les médicaments.

Ces chiffres montrent ici encore à quel point l'importance du psychiatre dans le dispositif sanitaire se soutient essentiellement du fait d'assumer pleinement sa double compétence psychopharmacologique et psychothérapique. À ce prix, le modèle tant redouté d'une psychiatrie sans psychiatre, organisée autour du tandem médecin généraliste - psychologue, semble loin de prendre la place que l'on pouvait craindre.

Les cadres de soins et les rémunérations ont évolué

L'activité soignante des psychiatres privés s'est par ailleurs diversifiée. Seuls 4 % d'entre eux travaillent maintenant uniquement à leur cabinet, la moyenne ayant deux lieux de soins.

Le temps de travail se répartit en moyenne de la manière suivante : 40 % en entretiens individuels à leur cabinet, 10 % en thérapies de groupe, 5 % en clinique privée, 5 % en hôpital public, le reste du temps de travail étant consacré à des tâches administratives, ces dernières devenant d'ailleurs si importantes que les collègues indiquent de surcroît qu'ils ne peuvent plus se passer de secrétariat dès lors qu'ils adhèrent à des Manage Care Organizations.

De même les sources de revenus des psychiatres privés se sont diversifiées. En moyenne, le revenu du psychiatre libéral se décompose en 53 % d'honoraires, 42 % de salaire et 5 % de capitation.

Conclusions

Ces chiffres pourront paraître arides mais le sujet ne l'est pas moins. Ils ont le mérite de tracer clairement les perspectives qui pourraient bien être les nôtres d'ici quelques années si nous ne parvenons pas à endiguer les effets des réformes en cours.

Notons encore pour conclure que nos confrères américains se félicitent que l'activité dans le cadre des Manage Care Organizations ne représente qu'un tiers en moyenne de leur activité de soins. Cette proportion est évidemment très variable selon les régions, plus faible dans les grandes villes, plus importante dans les petites cités. Pour le reste, ils continuent de fonctionner comme ils pensent devoir le faire, dans le cadre d'une activité non remboursable mais dans laquelle ils ne sont pas obligés non plus de justifier leurs soins par des cotations selon le DSM. Ce droit à une activité strictement libérale ne pose pas particulièrement de problème éthique dans la culture américaine et leur est pleinement reconnu.

Serons-nous obligés de revendiquer un jour le droit à une activité non-conventionnelle afin de préserver la qualité des soins ? Devrons-nous en France sacrifier l'égalité des patients dans l'accès aux soins à la liberté de bien soigner ? Tout dans l'exemple américain peut le laisser craindre. Exemple à suivre ? À ne pas suivre ? Dans tous les cas, c'est bien pour que cette question ne se pose jamais ici que nous devons lutter avec la dernière détermination contre les perspectives qui nous sont actuellement proposées.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

Correspondances

Vous êtes nombreux à nous communiquer vos réflexions ou les lettres que vous adressez aux Ministres, députés ou autres responsables politiques – lettres tour à tour incisives, ironiques, indignées, mais tout autant propres à refléter une certaine vérité sur votre engagement professionnel. En voici quelques extraits :

Dr Christophe BADOR (Thonon-les-Bains) :

[...] Je lis dans le rapport de Mr Johanet qu'il envisage de baisser le CNPsy à 215 F au lieu de 225 F. Ce monsieur ou ses conseillers savent-ils ce que représente ce CNPsy ? Sur la base de 45 minutes, plus 5 minutes de mise en ordre des notes, cela fait une recette brute moyenne de 270 F de l'heure effectuée face au patient. Supposez 40 heures (minimum minimorum) hebdomadaires, plus les heures administratives (comptabilité, lettres, coups de fil aux confrères, rédaction de certificats = environ 5 à 6 heures), plus les heures d'autoformation (lectures, supervision, travail théorique en petit groupe = habituellement 3 à 5 heures hebdo), vous arriverez à [...] 216 F de recette brute de l'heure travaillée, soit avec 50% de frais professionnels une recette nette de 108 F horaire : même mon plombier refuse de travailler à ce tarif ! Et ne venez pas contester ces chiffres, dont nous avons maintes fois parlé entre psychiatres : dans la France entière

ce sont les mêmes du moment que vous faites des psychothérapies efficaces, donc difficiles, qui demandent l'engagement énoncé ci-dessus.

Un psychiatre ne peut pas, sauf en réduisant le temps consacré à chaque patient, augmenter le nombre de ses consultations annuelles de façon significative : la seule modulation du revenu se fait par le nombre d'heures travaillées avec les patients, ou par le tarif pratiqué (secteur 2). Mais la variation par le tarif est modeste : les personnes très touchées sur le plan psychiatrique ont souvent une insertion sociale précaire ou difficile et n'ont pas des revenus qui autorisent des dépassements d'honoraires. Dans cette optique, le secteur 2 est une bouée de sauvetage qui permet de faire participer les personnes à hauts revenus à l'aide donnée aux personnes au RMI ou sans protection sociale. Car il nous arrive de soigner gratuitement, eh oui, mais vous l'ignorez ou faites semblant...J'ai fait par exemple une thérapie gratuite pendant 2 ans _ sans que cela apparaisse sur le fameux RIAP, jusqu'à ce que le patient se restaure et retrouve une insertion sociale permettant de toucher les fameux 225 F, par le tiers payant. Oui, la grande majorité des médecins se sent concernée par les problèmes sociaux, mais ne nous dégoûtez pas de notre métier !

Que diriez-vous de voir vos revenus baisser constamment depuis 1991 ? Cette année-là, mon bénéfice net annuel a été de 361.614 F, mais j'avais fait 65 heures hebdomadaires face aux malades et depuis, je n'ai pu que diminuer ce temps aux alentours de 50 heures hebdo [...] Alors vos attaques sur notre situation de nantis ! [...]

L'accès direct au psychiatre me paraît une innovation facile à maintenir : il s'est développé petit à petit dans ma région, laquelle est traditionaliste et par la même difficilement touchée par les processus innovants. Depuis environ 10/12 ans il est la règle et permet un accès plus rapide aux psychothérapies ou chimiothérapies de pointe. Revenir sur ces acquis me semble dangereux : pas pour les psychiatres qui refusent toujours des demandes de prise en charge faute de temps disponible, mais pour les patients démunis, en difficulté psychologique aiguë. [...]

Notre responsabilité est individuelle et si sauvegarde [économique] il doit y avoir, elle ne peut être qu'individuelle, en particulier s'il y a pénalité financière. Le principe des lettres clé flottantes est une moquerie : comment construire un budget prévisionnel si les bases de celui-ci sont remises en cause du jour au lendemain ? Quelle valeur aura notre travail s'il est coté de manière fluctuante ? Je trouve là un coté " boursicoteur " malsain, émanant de personnes politiques de gauche. Notre travail ne peut être considéré sous cet aspect et si vous souhaitez faire une " politique de revenus ", ayez le courage de proposer une mensualisation, ce qui sera clair pour tout le monde...[...]

Il est nécessaire de réformer notre système de protection sociale pour le sauvegarder mais, de grâce, veuillez rechercher un véritable consensus avec nos représentants majoritaires et non pas avec les seules organisations minoritaires de la profession [...]

Dr Jacques HEMERET (Niort)

L'attitude du Pouvoir face au corps médical et face au public peut se théoriser et s'illustrer en terme de Stratégie perverse Narcissique. Son but est clair : faire taire les médecins en les culpabilisant et en les confusionnant jusqu'à ce qu'ils se découragent, et en promouvoir une image mythique discréditée auprès d'assurés sociaux rendus d'autant plus aptes à adhérer qu'ils sont privés d'information et bercés de propos lénifiants. Les effets sont redoutables car ils sont subtils et agissent sur notre propre raisonnement à notre insu, ils visent à « mettre la main dans notre tête ». Ils sont à comprendre en termes de Régression Psychique Inconsciente, et nous conduisent au piège des « injonctions paradoxales » où l'on s'enfonce encore plus chaque fois que l'on veut s'en sortir. Il en résulte que la fermeture des cabinets en fin d'année uniquement pour tenter d'échapper aux reversements est dangereuse, car logiquement vouée à l'échec : inexorablement, elle aboutit à ce qu'Aubry attend de nous. Il faut faire grève, oui - et plutôt deux fois qu'une ! - mais pas pour ces raisons-là et sans doute pas à ce moment-là : c'est vers l'information et vers la participation des assurés

sociaux qu'il faut centrer notre effort afin de leur restituer leur place et leur part de responsabilité.

Dr Jean-François KATZ (Saint-Brieuc)

Le plan Juppé a ouvert une brèche dans les valeurs démocratiques. Sa vision uniquement comptable des dépenses de santé, sans prise en compte des besoins réels de la population, ne garantissait plus l'accès à des soins de qualité [...] Le plan Johanet va encore plus loin dans cette brèche et constitue un véritable glissement fascisant [...]

Notre fonction de médecins est, chaque jour, d'être au contact des souffrances humaines physiques et morales. Les conditions dans lesquelles nous exerçons s'aggravent profondément et nous sommes inquiets pour demain. [...]

La demande en psychiatrie libérale est croissante du fait de la vacance d'un nombre important de postes de psychiatres hospitaliers, du désengagement progressif des pouvoirs publics d'une réelle politique de santé mentale, de la détresse provoquée par le taux de chômage et les difficultés de vie liées à des politiques qui méconnaissent les réalités humaines, de l'anonymat urbain, de la rupture des continuités familiales, de l'allongement de la durée de vie [...]

Un groupe de psychiatres libéraux des Pyrénées atlantiques

[...] Ainsi donc des Etats généraux de la Santé ont eu lieu à Bayonne, traitant essentiellement qui plus est des diverses addictions que nous nous échinons quotidiennement à soigner de notre mieux, nous, petits psychiatres libéraux et manifestement parents pauvres du système de Santé publique puisque exclus de cette rencontre. Certes, nous accomplissons silencieusement notre longue et lourde tâche sans avoir jamais cherché à intégrer la Nomenklatura locale. Que nous n'appartenions pas au Gotha médical du pays basque, nous le subodorions. Que dans l'esprit d'aucuns nous ne possédions pas de compétences suffisantes dans le domaine addictif, nous nous en doutions. Mais que nous n'étions même pas à la hauteur pour écouter, comprendre, voire discuter le discours des élites de notre région, nous l'ignorions.[...]

" Etats généraux " ! Avec présidents d'associations et travailleurs sociaux, bien entendu. Mais sans la participation de la majorité de ceux qui, tous les jours, sont confrontés en première ligne, et ailleurs que dans les salons, aux problèmes posés! Pour nous qui avons coutume d'analyser le langage, quelle supercherie ! Etats très particuliers plutôt : leurre destiné, à grand renfort d'un emphatique article, à rassurer le bon peuple sur qui veillent de " grands " professionnels ? La question, vu les circonstances, mérite d'être posée. [...] Ce fut en réalité une journée de dupes.

Dr Daniel NOLLET (Paris)

[...] La maltraitance psychopharmacologique est hélas trop répandue dans notre pays. Elle est quantitative (abus de prescription de psychotropes) et qualitative (indications thérapeutiques imprécises, manque de projet thérapeutique global et cohérent). La prescription symptomatique vise un bénéfice à court terme qui débouche trop souvent sur une chronicisation et une dépendance aux psychotropes.

Ma proposition est de rendre la prescription des psychotropes autorisable en DCI aux psychiatres qui donneront le bon exemple, puis généralisable et opposable aux non psychiatres. [Elle] devrait permettre :

- une restauration des prescriptions hippocratiques, centrées sur le principe actif du médicament et non sur l'image commerciale martelée par les firmes [...]

- un développement de la concurrence et la promotion des génériques.

Cette mesure serait susceptible d'apporter plusieurs milliards d'économies sans pénaliser les patients, bien au contraire [...] Si les psychiatres, qui sont bien souvent à l'avant-garde des innovations dans ce pays, apportaient la preuve du bien fondé de cette mesure, elle pourrait être progressivement généralisée à l'ensemble de la pharmacopée.

Informations régionales

ALSACE

Séminaire de Printemps de l'A.F.P.E.P. : Réflexion épistémologique sur la notion de modèle et ses implications pour la psychiatrie

Une vingtaine de participants et beaucoup d'excusés pour un séminaire de printemps le 22 mai à Strasbourg. On y a parlé des modèles conceptuels qui sous-tendent notre travail dans une ambiance confortable et assez passionnée qui s'est terminée par le grondement formidable du Grand Orgue de la cathédrale. On n'a pas eu le temps de s'ennuyer et le sujet nécessitera encore des développements.

Trois points importants restent en chantier, cruciaux à plus d'un titre :

1 - de nombreux champs scientifiques ne supportent pas des réductions de leur objet d'étude comme celles que font les sciences dures (la physique notamment) car on y dénaturerait leur objet qui est complexe par définition ; l'écologie a bien montré le chemin de cette contestation ; pour un objet complexe comme celui de la psychiatrie, on ne peut qu'étudier différents points de vue et l'expérience n'y a pas du tout le même sens qu'en physique ; il faut donc arriver à se libérer du terrorisme qu'exercent actuellement les partisans du réductionnisme à outrance dans notre profession.

2 - un débat reste à poursuivre pour que les partisans du modèle bio-psycho-social supportent qu'un autre modèle comme le modèle relationnel ne puisse être compatible avec lui ; le premier fonde l'être humain sur la notion d'individualité première, en commençant par l'individualité génétique de chacun ; le second fonde l'être humain sur la relation première à l'autre et défend la notion d'un inconscient qui ne soit ni narcissique, ni psychologique, ni social ; l'avantage du second est de permettre de comprendre le symptôme comme manifestation positive ("retours du refoulé" ou guérison anormale) alors que le premier ne peut comprendre la pathologie que comme déficiences diverses, incapacités relationnelles ou désavantages sociaux ; la recherche ne s'oriente pas du tout de la même façon si l'on part d'un modèle ou d'un autre ; mais l'hégémonie des partisans du modèle bio-psycho-social étouffe la recherche des partisans du modèle relationnel qui tendent, du coup, à prendre trop de distance avec la démarche scientifique ; cela entraîne un tort considérable à la psychiatrie actuelle.

3 - les démarches des conférences de consensus en psychiatrie portent la marque du réductionnisme scientifique dans la littérature qui est retenue pour les établir ; on y trouve aussi l'influence trop grande du modèle bio-psycho-social aboutissant à une vision narcissique de

l'homme ; au lieu que les jurés ne prennent pas parti entre les modèles et cherchent à susciter et encourager les débats futurs, on s'y oriente plutôt vers un risque de normalisation des pratiques (annoncée dans les Recommandations de Bonne Pratique) et de rabotement de toute pensée créatrice ; ce serait catastrophique si cela continuait ainsi.

Jacques LOUYS

(Ce compte rendu succinct privilégie peut-être l'un des points de vue des intervenants. Comme le précise Jacques Louys, organisateur de la réunion, le débat reste ouvert. On en trouvera de toute façon écho dans un prochain numéro de Psychiatries)

BRETAGNE

La dernière réunion de notre Conseil d'Administration, le 21 mars, est survenue quelques jours après la parution dans les journaux des propositions que Monsieur Johanet allait soutenir devant le Conseil d'Administration de la C.N.A.M.

Nous connaissons de longue date les principaux axes sur lesquels repose son projet et nous nous attachons depuis plusieurs mois à définir les modalités et le contenu de la réponse syndicale. Cette élaboration ne peut que s'enrichir des rencontres locales avec nos collègues. C'est dans cet esprit que nous nous sommes réunis à Lorient pour un premier survol de l'actualité. Nous avons prioritairement orienté notre réflexion sur le CNPsy qui doit rester le cadre unique de notre pratique conventionnelle afin de garantir notre totale liberté d'exercice dans cet espace. Le corollaire en est bien entendu le maintien voire la revalorisation de sa rémunération. Toute baisse du tarif conventionnel viendrait signifier le mépris des tutelles pour cet acte. Nous ne pouvons pas accepter une telle humiliation.

Yves FROGER

BRETAGNE (suite)

Les psychiatres bretons avec lesquels j'ai échangé récemment, sont unanimes pour refuser la baisse des honoraires envisagée par Mr Johanet. Ils affirment qu'ils n'appliqueront pas ce nouveau tarif et même, au contraire, qu'ils augmenteront de façon autoritaire de 10 à 25 F si le gouvernement retenait cette proposition de la CNAM, afin de compenser l'augmentation des charges imposée aux médecins spécialistes par le biais :

- de l'application d'une convention minimum sanction ;
- de la montée en charge des cotisations sociales et de retraite ;
- du surcroît lié aux nouvelles ordonnances " sécurisées " ;

- de l'application aux pèse-personnes de la réglementation en vigueur sur les pesées du commerce avec contrôle annuel obligatoire ;
- des frais d'informatisation.

Ils jugent que l'intérêt des patients n'est pas compatible avec cette diminution des tarifs qui imposerait une augmentation du nombre des consultations.

La demande en psychiatrie libérale est croissante du fait de la vacance d'un nombre important de postes de psychiatres hospitaliers, du désengagement progressif des pouvoirs publics d'une réelle politique de santé mentale et de la détresse provoquée par le glissement des politiques énarquiques et toutes-puissantes qui méconnaissent les réalités humaines. [...]

Ne devrions-nous pas engager une action en direction des associations de défense des droits de la femme et de celles qui militent dans l'intérêt des familles ? En effet, la politique de santé actuelle me semble être particulièrement anti-féminine et anti-sociale :

- disparition programmée des pédiatres,
- disparition programmée des gynécologues médicaux,
- diminution du nombre de visites à la préparation à l'accouchement (de 8 à 5 alors qu'elles sont au nombre de 10 en Allemagne),
- déremboursement des veinotoniques (40 % de la population française souffre d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs, 7 fois sur 8, il s'agit d'une femme). Ces produits ont une efficacité reconnue dans la crise hémorroïdaire qui touche 1 français sur 3),
- absence de moyens en pédopsychiatrie publique et aucune prise en compte de la pédopsychiatrie libérale,
- réduction du CNPsy, alors que la souffrance et la demande d'aide exprimées par les femmes sont plus fréquentes (mais nous savons que la demande masculine est insuffisante).

Jean-François KATZ

LANGUEDOC-ROUSSILLON

DRAFPEP-LR - Réunion générale du 9 mars 1999

14 psychiatres privés du Languedoc-Roussillon seulement étaient présents, mais ils ont animé de façon intense les débats de cette soirée. Le docteur Jean-Jacques Xambo ouvre la séance par une information générale sur la situation de notre profession depuis la fermeture anticipée de nos cabinets en décembre 98 jusqu'aux menaces de conventionnement sélectif en passant par le règlement conventionnel minimal et par les risques d'apparition de références de pratiques professionnelles opposables et protocolarisée etc...

Chacun exprime sa déception à constater que les États Généraux de la Santé n'ont pas réussi à faire émerger les vrais besoins de soins alors même que les "Lettre à mes patients" ont été globalement bien appréciées par les intéressés.

Deux grandes questions ont alors été débattues pour être rapportées au conseil national du S.N.P.P. :

- pour faire suite à la démarche auprès du Ministère de la Santé, “quel profil souhaitons-nous pour l’avenir de la psychiatrie privée ?”
- pour négocier avec la commission de la Nomenclature, “que revendiquer pour l’acte de psychiatrie ?” Un Cpsy unique ou bien un éclatement en plusieurs actes de sur-spécialisation ?

Pour résumer, et même si le débat reste ouvert, on peut affirmer que nos confrères restent préférentiellement attachés à une unicité de la pratique et de l’acte de psychiatrie et souhaitent que soit prise en compte la valeur ajoutée des soins préventifs et curatifs de leurs prestations en terme de santé publique et d’économie de la santé.

Enfin, à la lettre de Martine Aubry et Bernard Kouchner, chacun s’accorde à penser qu’il vaut mieux laisser au S.N.P.P. le soin de répondre globalement plutôt que de prendre le risque de disperser les avis.

La séance se termine sur le projet d’organiser la prochaine réunion de la DRAFPEP-LR en octobre 99 en y associant les deux régions limitrophes, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d’Azur, sur le thème de la FMC.

Jean-Jacques XAMBO

Le fichier 22-11.txt n'existe pas