

Sommaire du BIPP n° 23 - Septembre 1999

Chronique de Gérard Bles : un si joli petit panier

Infos professionnelles

5e lettre à mes patients

6e lettre à mes patients

Psychiatrie et médecine

Correspondances

A quoi sert un syndicat ?

Chronique : Un si joli petit panier...

Gérard Bles

Ils ne sont pas d'accord ... Martine Aubry, Gilles Johanet, Claude Maffioli, Dinorino Cabrera, Richard Bouton, la Mutualité, le MEDEF, la CFDT, AXA et bien d'autres ! Tous ces protagonistes de l'aventure médico-sociale s'opposent à qui mieux mieux, chacun se prévalant de n'avoir pour seul souci que le bien commun, l'avenir de la santé, l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale, chacun entendant imposer sa ou ses recettes (de cuisine, pas d'argent – encore que...). Attendez : si ! Il est cependant un maître mot (s'agit-il d'un concept ?) sur lequel ils se retrouvent – ce qu'en informatique on appelle un lien, le bien nommé : le panier...

Non, non ! Pas le panier de crabes, le joke est trop facile... Ni celui accroché au bras de Bécassine d'où surgit, cancanant, le bec de quelque belle oie dodue. Mais un récipient très sérieux, du genre de ceux avec lesquels on fait son marché (l'économie de marché, vous connaissez ?) : le panier de soins. Une variété de panier de la famille des " paniers de biens et de services " familiers aux économistes.

Puisqu'il s'agit d'une chose sérieuse, tentons d'en parler sérieusement. Que recouvre donc cette métaphore ménagère devenue ces derniers temps la clé des élaborations de tous les réformateurs du " système " ?

Revenons en arrière : jusqu'à présent, notre système dit d'assurance maladie, solidaire (et désormais universel), couvrait l'ensemble des soins dispensés à la population souffrante à l'initiative des médecins et plus généralement des professionnels de santé selon, en principe, les seuls critères du besoin, de la science et de l'éthique. Les progrès scientifiques et techniques de tous ordres aussi bien que l'allongement de la durée de la vie, l'apparition de nouvelles pathologies, l'extension de l'information du public et de ses exigences de bien-être - donc l'accroissement de la demande, comme la sophistication des réponses qu'on pouvait lui apporter, ont entraîné une considérable augmentation des dépenses de santé et des besoins de financement pour y répondre. Ce peut être une politique choisie : ce le fut aux origines, nonobstant le terme d'Assurance

(sociale) utilisé pour désigner le dit système – une politique développée justement en dehors de toute logique assurantielle et dont les seuls mécanismes de régulation ressortissaient de procédures de contrôle sur l'ouverture des droits, le bien-fondé de la demande et, désormais prévalentes, sur la pertinence de la réponse.

Mais les " financeurs " originels dudit système, les employeurs, après s'être empressés d'oublier que leur contribution était censée représenter pour les travailleurs et leurs ayant droit un " salaire différé ", se sont très vite affolés. Et ils n'ont eu de cesse qu'on les décharge de ce poids qu'ils accusaient d'obérer leur prospérité (aux dépens de l'emploi argumentent-ils aujourd'hui avec opportunisme – même si la référence au profit n'apparaît plus aussi indécente à beaucoup). Ce fut long, mais, tenaces, ils ont ébranlé la forteresse, obtenant que l'on diminue leurs charges et qu'on les transfère de plus en plus sur le budget de l'État via la fiscalisation des cotisations, tout en dénonçant une inflation des dépenses tour à tour imputée à une demande excessive puis à une offre pléthorique et incontrôlée (aux erreurs de gestion aussi, mais pour d'autres visées...). L'État, à travers ses gouvernements successifs, de droite ou de gauche, a tenté depuis plus de vingt ans d'enrayer un processus dont il se trouve au demeurant de plus en plus comptable – se mettant en cela au diapason des autres pays européens qui s'acharnent avec des bonheurs variables à réduire l'importance des dépenses de santé selon des suggestions communautaires très concrètes proposées dès avant 1980 (on retrouve partout les mêmes méthodes...).

C'est un échec patent, même si on peut l'estimer tout relatif (avec un dépassement de l'ordre moyen de 2 % des budgets prévisionnels). D'où la conviction de plus en plus ancrée qu'il est impérativement nécessaire d'allonger ces dépenses sur un divan de Procruste. Non seulement les organismes sociaux ne doivent plus être des " payeurs aveugles " mais ont à se transformer en " acheteurs " éclairés et discriminatifs, non seulement ils doivent renforcer sévèrement les contrôles de tous ordres (comme vient de le leur rappeler encore la Cour des Comptes), mais désormais tout le monde (sauf les malades peut-être...) s'accorde à soutenir que toute la demande de soins ne peut plus être prise en compte et qu'on ne peut plus tout faire pour y répondre. Il faudra faire des choix, donc définir le panier des soins pris en charge, et ceci de façon révisable selon les résultats... financiers.

Plus que d'une évolution, il s'agit bien d'une mutation, d'un changement de logique, du passage à ce que l'on peut appeler la logique assurantielle, celle qui régit déjà les H.M.O. aux États-Unis. On couvrira les risques non plus en fonction des objectifs sanitaires mais en fonction des limites d'un budget préétabli, lui-même calculé en fonction des primes recouvrables (pardon, des cotisations). On ne parle pas encore de " marges ", mais certains incontestablement y pensent. Et pour assurer cet équilibre, on procédera à des études actuarielles approfondies (cela porte d'autres noms en médecine, mais qu'importe) permettant une prévision des risques, une mesure de leur incidence financière et une évaluation de l'opportunité économique de leur prise en charge (ce qui peut aller jusqu'à renoncer aux " réparations " – décision courante dans le monde automobile par exemple mais qui s'applique déjà, " ailleurs " bien sûr, pour certaines démarches thérapeutiques). Ces risques rentreront d'autant mieux dans le " panier de soins " qu'ils seront statistiquement cadrables et autoriseront ainsi une saine gestion prévisionnelle des dépenses.

Et alors, me direz-vous, il est temps d'être sérieux, moderne et tout et tout... Puis-je cependant attirer votre attention sur la manière dont la psychiatrie, les soins psychiatriques, arriveront à se glisser dans le dit panier ? Prévisible le risque psychiatrique, dans son incidence, ses conséquences de tous ordres, sa durée, son coût de gestion thérapeutique ? Quelques-unes ont depuis longtemps de forts doutes à cet égard, puisque déjà certaines Mutuelles ou Assurances en refusent la prise en charge. En tous cas, pour faire entrer dans le panier ce risque-là, il faudra bien le ramener au plus mesurable, quantifiable : le symptôme par exemple, ou des entités cliniques comparables, aussi simples – tout comme les thérapeutiques utilisées devront être cadrées dans leur durée comme leurs effets immédiatement observables. Désubjectivisez-moi tout cela, que diable ! Ne parlons plus de destinées individuelles, de causalités personnelles, de cas particuliers, de résistances, de

contexte environnemental et autres billevesées incontrôlables. Première cible, bien évidente : les psychothérapies, tout au moins celles dont le protocole et la durée ne sont pas déterminés une fois pour toutes, a priori, quel que soit le devenir du sujet. Déjà, dans d'autres pays, leur durée est strictement limitée, en temps ou en nombre de séances. Chez nous, on l'a dit, certains organismes complémentaires en refusent la prise en charge. Autant renvoyer tout cela " au non-soin ", comme cela se met déjà en place pour les psychoses dites chroniques, transférables tôt ou tard du médical au médico-social, c'est-à-dire au handicap et à l'assistantiel...

Il faut avoir bien conscience que c'est une remise en cause radicale de la substance même de la psychiatrie que nous pratiquons qui est ici en cause – une conception de la souffrance psychique et de sa prise en charge pour laquelle nous nous battons, publics et privés, depuis des décennies. Pouvons-nous renoncer ainsi sans coup férir aux progrès acquis alors même que nous les jugeons encore bien insuffisants ?

C'est pour cela, me semble-t-il, que les psychiatres ne peuvent que récuser la logique du panier, refuser le transfert de la couverture maladie aux Assurances privées ou quoi que ce soit qui y ressemble. Allons-nous nous retrouver seuls encore une fois, renvoyés à notre marginalité imaginaire ? Ce n'est pas si sûr : d'autres médecins, généralistes ou spécialistes, prennent conscience eux aussi du danger. On nous jettera probablement dans le même panier, celui des irréalistes réfractaires au progrès – ou celui des idéalistes passionnés (des " idéologues " comme vient de nous qualifier une charmante consœur promotrice de réseau). Mais il est peu probable qu'on nous soigne pour cela : trop cher, trop long, trop aléatoire, sans grand intérêt. Ce sera toujours cela d'économisé !

Nous n'avons pas fini de nous battre...

Gérard BLES

Informations professionnelles

Gérard Bles

Le CNPsy SAUVE DES EAUX

Comme nous l'avons déjà annoncé, tout laisse croire que, pour l'instant, les tutelles ont renoncé à réduire la valeur du CNPsy comme le proposait Gilles Johanet dans la première version de son " plan stratégique ". Ce projet avait soulevé un tollé général et les interpellations syndicales les plus vigoureuses. Nous relevions entre-temps que Martine Aubry, qui avait entrepris de se saisir des spécialités " coupables " (de dépassement de l'ONDAM en 1998) pour leur imposer des réductions soit d'activité, soit d'honoraires (avec ou sans modifications des cotations), ne nous avait pas convoqués. Mais surtout tout dispositif sur le CNPsy avait disparu de la deuxième version du " plan stratégique ". Cependant, aucune réponse officielle, aucune précision sur ce point ne nous avaient été fournies jusqu'à ce que G. Johanet, à l'occasion d'une confrontation publique avec Claude Maffioli, ne déclare en substance à propos des psychiatres: " On a eu tort, on l'a reconnu dans le débat et on a retiré cette proposition. Connaissez-vous beaucoup d'organisations à même de la faire ? " (Le médecin de France, 905, 20 juillet 1999). On aurait apprécié une réaction plus officielle – mais enfin, c'est le résultat qui compte !

... RIEN POUR ATTENDRE ?

Pouvons-nous croire pour autant que cela corresponde à un début de compréhension des problèmes de la psychiatrie, qu'il s'agisse de son ensemble ou des difficultés propres au secteur libéral ? Rien ne le permet, tant s'en faut. Mais, si l'on s'en tient pour l'instant au seul problème des honoraires et de leur évolution en masse, que va-t-il désormais se passer ?

Martine Aubry vient de le confirmer : sans doute l'assureur se verra-t-il réitérativement recalé par le Conseil d'Etat, pour tout ce qui concerne la **médecine de ville** elle passe la main à la CNAM, à charge pour celle-ci de faire respecter l'objectif des dépenses, avec des bilans au quatrième et au huitième mois de chaque année. Ce sont donc les Caisses qui vont gérer l'**enveloppe de ville** (fixée à quel niveau, avec quels critères d'inclusion ?), liberté leur étant laissée en ce qui concerne **les seuls honoraires** d'arbitrer à l'intérieur de celle-ci entre catégories de médecins comme de sanctionner par des modulations tarifaires les spécialités trop coûteuses – les mesures individuelles en passant d'abord par un **renforcement des contrôles** (encore récemment réclamé par la Cour des Comptes) cependant que les versements individuels, à nouveau un moment évoqués comme devant porter cette fois-ci uniquement sur les honoraires sur un mode personnalisé, ne sont pas pour l'instant programmés. L'**Ondam 2000** devrait être majoré de 2,5 %, à 658 milliards, ce qui ne doit pas faire illusion car, comme précédemment, il reprendra en compte les dépassements 1999.

Aucune souplesse donc à prévoir a priori – nonobstant " l'indulgence " dont nous venons de bénéficier. Ce d'autant que l'Assurance maladie n'étant pas chargée de la politique de santé en soi, les arguments liés à l'importance des besoins ou aux priorités de santé publique ne sont pas censés devoir a priori l'émouvoir. Elle se doit avant tout d'assurer l'équilibre des comptes, sous peine en cas d'échec que le Gouvernement reprenne à nouveau les choses en main. La balance des responsabilités est subtile...

Martine Aubry conserve par contre sous sa coupe la gestion des **hôpitaux** (évitant ainsi d'avoir à discuter les mesures " désagréables " qu'avait imaginées G. Johanet dans son plan stratégique). La novation pourrait être qu'il en soit de même pour les cliniques, excluant les Caisses des relations tripartites existantes jusqu'alors. Le pouvoir des A.R.H. s'en trouvera renforcé – et surtout, on reparle d'une tarification par pathologie, ce qui ne manquerait pas de remettre en cause le statut libéral des praticiens y exerçant. Qu'en sera-t-il dans un tel contexte et une fois de plus de l'" exception " psychiatrique ?

On rappellera enfin que la politique du **médicament** reste aussi du ressort direct du Ministère des Affaires sociales – et que le montant des dépenses liées aux prescriptions sont bien évidemment incluses dans l'Ondam. La tutelle sera là bicéphale, le contrôle des prescriptions et de leur montant appartenant aux Caisses (via les R.M.O. et autres règles à venir, dont la limitation des prescriptions en fonction de la spécialité pratiquée) – alors que les **prix** restent fixés par le Gouvernement (avec des hausses parfois inattendues !) de même que le **taux de remboursement** (qui devrait fluctuer désormais en fonction du S.M.R., service médical rendu, avec un premier tri annoncé qui devrait déboucher en psychiatrie sur le déremboursement des " petits " médicaments, phytothérapiques ou autres, qui n'étaient pourtant pas sans intérêt, ne serait-ce que comme placebos...).

UNE POLITIQUE DE LA PSYCHIATRIE : AVEC QUI ?

La redistribution des cartes, telle qu'elle s'annonce, ne va certainement pas simplifier la partie politique qui reste plus que jamais à soutenir pour ce qui concerne l'avenir de la psychiatrie. L'hôpital – et donc le service public de psychiatrie, mais aussi l'hospitalisation privée – d'un côté, comme sans doute le secteur associatif, et de l'autre la pratique " de ville ", libérale : à quel niveau vont donc s'opérer les indispensables articulations, qui va être habilitée à promouvoir une politique d'ensemble pour ce qui concerne la santé mentale ?

L'interlocuteur théorique aurait pu être le Secrétariat d'Etat à la Santé : nous n'avons pu obtenir grand chose de constructif du temps de Bernard Kouchner, mises à part quelques déclarations générales sans suite et des

Etats généraux dont la " synthèse ", sauf erreur de notre part, n'a toujours pas été rendue publique (" beaucoup de bruit pour rien ", pour paraphraser Shakespeare). La Commission des maladies mentales (quelque soit son nouveau nom), lieu de confrontation structurellement logique, ne s'est plus réunie depuis belle lurette. Et, apparemment, ce n'est pas l'arrivée de Dominique Gillot qui risque de changer grand chose, celle-ci ayant pointé d'emblée les limites de sa mission et sa subordination complète au Ministre des Affaires sociales. Certes, son chef de cabinet, Nicole Prugniaux, ancienne directrice de CHS, devrait à priori en savoir un peu plus sur la psychiatrie que le précédent cabinet, mais encore faudrait-il qu'elle soit missionnée pour intervenir dans ce secteur. Quant au nouveau Directeur général de la santé, le Pr Lucien Abenhaïm, épidémiologiste de formation et spécialiste de santé publique, il est censé devoir se préoccuper prioritairement de sécurité sanitaire, d'expertise scientifique et de prévention générale – sans référence particulière à la psychiatrie. Il est vrai que son prédécesseur, Joël Ménard, pour s'être mêlé de ce domaine, notamment en matière de démographie, ne nous avait pas particulièrement rendu service...

Bref, il apparaît que sur le plan de la concertation et de l'harmonisation, tout, une fois de plus, est à reconstruire !

VERS UNE SYNERGIE SYNDICALE ?

Au fond, en ce domaine, le fait le plus saillant de ces six derniers mois est constitué par l'amorce d'un travail intersyndical en psychiatrie. Sans parler d'une unité qui demeure pour l'instant de l'ordre de la fiction, la volonté d'une parole commune s'est concrétisée en effet par la prise de position solidaire, à l'initiative du S.N.P.P., des huit syndicats de psychiatres sur le problème de la démographie – ce que nous avons largement relaté dans le dernier BIPP. Au demeurant, si cette démarche a bénéficié d'un bon écho médiatique, elle n'a pour le moment entraîné aucune réaction de la part des tutelles. Sa retombée la plus immédiate à par contre été la constitution d'un **Comité d'action syndical de la psychiatrie** (C.A.S.P.), associant S.P.H., S.P.F., S.N.P.P., U.S.P. et salariés C.G.C.. On soulignera cependant, en le regrettant, que sur les huit syndicats, deux se sont officiellement dissociés (S.P.E.P. et S.P.S., représentant des psychiatres de service public), alors que le Syndicat universitaire de la psychiatrie ne s'est pas encore prononcé. Toujours est-il que ce Comité a diffusé en juin le communiqué suivant :

Les syndicats soussignés qui représentent une majorité des psychiatres de tous modes d'exercice, associatif, libéral, public, dénoncent les graves menaces qui pèsent sur l'avenir de la psychiatrie et vont hypothéquer durablement son organisation, ses missions, la qualité des prises en charge et du service rendu aux patients.

L'organisation de la psychiatrie en France, telle qu'elle s'est progressivement tissée, structurée depuis plus de vingt cinq ans, représente un incomparable réseau de compétences et de partenariats, au plus près des usagers, au service du patient et de la santé mentale. Et la société ne s'y trompe pas, qui ne cesse de lui adresser de nouvelles demandes.

Or, cette organisation, reconnue, validée, souvent citée en exemple à l'étranger, va se trouver radicalement remise en cause dans les prochaines années, menacée qu'elle est, bien sûr par de successives contraintes économiques et surtout par la réduction massive du nombre de psychiatres prévue pour les prochaines années

Les syndicats soussignés condamnent l'attentisme et les négligences des pouvoirs publics vis-à-vis de ce qui ne manquera pas de devenir une nouvelle catastrophe de santé publique. Ils préparent dès maintenant une campagne d'information et de mobilisation pour la défense de leur discipline et se rassemblent en un Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie.

Déjà précédemment et au-delà de sensibilités ou de conceptions tactiques parfois divergentes, une volonté d'action en commun s'était affirmée depuis deux ans entre le S.P.F. et le S.N.P.P. pour ce qui concerne la psychiatrie privée, sur des sujets précis comme l'hospitalisation privée, la nomenclature ou encore le statut de la psychothérapie dans l'acte psychiatrique.

Cette volonté devrait trouver à nouveau l'opportunité de se vérifier à l'occasion de la manifestation du 17 octobre prochain où nos diverses organisations syndicales se regrouperont sous une bannière commune et unique, celle de la psychiatrie. Les objectifs communs feront par ailleurs l'objet d'une communication presse dans la semaine qui précède.

LES PSYCHOTHÉRAPIES EN QUESTION

Voilà justement un domaine où la guerre n'est pas loin de faire rage et où la synergie syndicale s'impose – ce qui est d'ailleurs le cas.

En 1998, l'Association européenne des psychothérapeutes (Michel Meignant) a suscité un audit (?) sur les psychothérapies, confié à l'AFNOR (Association française de normalisation !) – partant du principe que seuls les psychothérapeutes ayant subi une formation agréée (par qui ?) peuvent prétendre dispenser ce type de soin et alléguant au passage que les psychiatres ne sont pas précisément formés pour cela. Entre temps (et à l'incitation de qui ?) la Direction générale de la Santé s'est saisie du dossier sous l'argument, semble-t-il, de la protection des consommateurs et dans le souci notamment d'écarter les pratiques qui pourraient s'apparenter aux activités des sectes...

Bref, le Ministère a d'abord reçu pour s'informer sur la question le Conseil de l'Ordre, les centrales syndicales (CSMF, SML, FMF, MG France), le syndicat des psychologues, celui des psychothérapeutes, etc...mais pas les syndicats de psychiatres ! Ensuite, en juillet dernier, c'est la Fédération Française de Psychiatrie qui a été consultée, celle-ci s'appuyant bien sûr sur les contributions en ce domaine de nos représentants. – mais toujours pas les syndicats de psychiatres en tant que tels. C'est pourquoi nous avons obtenu du Président de la C.S.M.F. qu'il intervienne directement auprès de Madame Aubry dans une lettre du 9 septembre 1999 que nous avons largement inspirée et qu'on pourra lire ci-après :

La C.S.M.F. a été conviée à rencontrer la Direction Générale de la Santé au sujet d'un travail que celle-ci aurait entrepris sur la question des psychothérapies en se fondant sur un " audit " effectué par l'AFNOR, organisme de normalisation industrielle mandaté lui-même par une association privée.[...]

Je ne souhaite pas entrer dans le détail de ce sujet très spécialisé, mais il me paraît indispensable d'attirer votre attention sur quelques points de principe :

1 – Je ne comprends pas que notre ministère ait pu s'appuyer pour cette étude sur l'avis d'un organisme certes estimable mais dont la compétence de base n'a rien à voir avec l'exercice médical et l'activité soignante en général – ce d'autant que l'on dispose en France d'une structure précisément compétente quant à l'évaluation de la qualité des soins et leur validation, l'ANAES, qui à notre connaissance n'a pas été consultée.

2 – Le Gouvernement se préoccupe vivement actuellement, et à juste titre, de sécurité sanitaire et des garanties qu'il doit apporter à la population sur la validité et la qualité des soins. Il a souligné par ailleurs et à maintes reprises ses préoccupations concernant la santé mentale et les besoins toujours croissants qui lui sont corrélatifs.

Je ne vous apprendrai pas la complexité des problèmes qui sont abordés dans ce cadre, exigeant à la fois du soignant de solides connaissances médicales de base, une expérience clinique soutenue des troubles mentaux dans toute leur diversité et une formation approfondie à la relation, en particulier dans sa dimension psychothérapique, qui se trouve au cœur de l'acte de soins.

Ces caractéristiques sont celles qu'offre un médecin spécialiste, le psychiatre. Sa qualification constitue justement la reconnaissance de sa compétence sur ce registre et constitue précisément la garantie recherchée dans l'intérêt de la population, qu'il est de surcroît seul à offrir.

3 – Les recommandations de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), section psychiatrie, dans le cadre du Conseil de l'Europe, ne font que confirmer, s'il en était nécessaire, la double et exigible compétence du psychiatre, à la fois médicale et psychothérapique. [...]

Psychiatres publics et privés, nous sommes farouchement attachés à l'indissociabilité de l'acte psychiatrique et de la psychothérapie, qui pourrait également se voir remise en question à l'occasion des travaux sur la future nomenclature – tout comme avec la réduction de notre nombre nous mettant dans l'incapacité de répondre pleinement à la demande de soins. Certains travaillent déjà à des " solutions de remplacement ". Si elles devaient aboutir un jour, s'en serait fait de la psychiatrie telle que nous la concevons et la défendons. (dans notre prochaine livraison, nous publierons un article de N. Garret-Gloanec, secrétaire générale du S.P.H., sur la question).

LE PLAN JOHANET (bis)

Une nouvelle version du plan Johanet est parue au mois de juillet dernier. Pour notre part, nous en retiendrons avant tout le retrait de la mesure consistant à diminuer les honoraires des psychiatres qui figurait dans la première version. Pour le reste, cette nouvelle mouture ne présente pas de différences significatives avec la première. En ce qui concerne la médecine libérale, la " sélection de l'offre de soins ", c'est à dire les procédures de recertification et de conventionnement sélectif restent au cœur du dispositif de maîtrise, de même que la transparence des actes, toujours érigée en dogme absolu.

A l'heure où nous écrivons, la question la plus cruciale est de savoir dans quelle mesure ce plan sera appliqué dès lors que madame Aubry a clairement fait connaître son intention d'abandonner aux Caisses la maîtrise des dépenses en médecine libérale, se réservant le secteur hospitalier. Le Plan Johanet propose trois séries de mesures visant aussi bien la médecine libérale que la médecine publique et les usagers pour réaliser plus de 60 milliards de francs d'économies. Si l'hospitalisation publique reste hors du champ d'application de ce plan, M. Johanet va-t-il tenter de réaliser toutes les économies sur le compte de la médecine libérale ?

TOUT VA TRÈS BIEN...

Air nouveau autant que connu !

Au moment où nous mettons sous presse, Martine Aubry s'est abandonnée à un merveilleux numéro d'optimisme - qui tient presque de l'injonction paradoxale ! Ainsi, nous nous serions modérés ! Vous voyez bien que c'était possible - et que les besoins sont néanmoins satisfaits. À ceci près que les chiffres (12 milliards de déficit pour l'Assurance maladie au lieu des 13 attendus) sont moins démonstratifs qu'on ne voudrait le croire. Voudrait-on au passage désamorcer la journée du 17 octobre ?

Gérard Bles

Cinquième lettre à mes patients

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Comme chaque automne, la loi de financement de la Sécurité sociale va être débattue à l'Assemblée nationale. Et comme chaque année, à travers de multiples déclarations, on réaffirmera l'impérieuse nécessité qu'il y a à maîtriser l'évolution des dépenses de santé. Cela étant, il vous sera peut-être encore plus difficile que d'habitude de vous y reconnaître car si certains, et en particulier les organismes gestionnaires, les Caisses d'assurance-maladie, réclament une réforme assez radicale du système de soins, le Gouvernement de son côté se félicite tout d'un coup d'être parvenu à un presque équilibre du budget de la Sécurité sociale – un résultat lié surtout à de meilleures rentrées financières (cotisations et CSG) à l'instar de ce qui s'est passé, vous le savez, pour les impôts. Cette amélioration est attribuée aux circonstances, au retour à une certaine prospérité

et à une restauration relative de l'emploi (ce qui rejoint, soit dit en passant, l'analyse souvent proposée par les organisations médicales comme par certains syndicats, selon laquelle le fameux déficit serait avant tout lié à la crise économique et au chômage plutôt qu'à l'abus de soins).

Est-ce dire que tout est réglé, que plus rien désormais ne menace ni notre protection sociale, ni la qualité des soins médicaux ? Ce serait aller bien vite en besogne.

En effet, arguant justement du caractère circonstanciel et donc temporaire de l'amélioration observée, ce n'est pas pour autant que les pouvoirs économiques vont renoncer à obtenir une transformation profonde de l'organisation des soins. Leur projet est de traiter ceux-ci comme n'importe quel produit de consommation dans le système marchand qui règne désormais dans nos sociétés. C'est ainsi qu'aujourd'hui on parle de plus en plus du **panier** de soins remboursables, c'est-à-dire d'un ensemble de prestations qui ne varierait plus en fonction des besoins de la population mais strictement selon l'argent qu'on déciderait d'affecter à leur satisfaction, en concurrence avec d'autres consommations. C'est la conception comptable des dépenses de santé que la majorité de la profession médicale ne cesse de dénoncer et contre laquelle elle manifestera le 17 octobre prochain.

Qu'est-ce que cela veut dire et quels sont les **risques** que vous font courir une telle évolution ?

Il faut comprendre que dans cette nouvelle organisation, les critères de référence ne seront plus désormais ni les **besoins** eux-mêmes, toujours si difficiles à cerner mais dont il est abusif, vous le savez bien, de dire qu'ils sont pleinement satisfaits (à considérer seulement carences et délais de prise en charge), ni la **demande** que chacun peut formuler pour construire sa propre santé (une demande dont le contenu dépend certes en partie du niveau d'information et d'éducation de chacun – mais avant tout de sa souffrance). Non, le critère de base sera désormais d'ordre **gestionnaire**, comme dans n'importe quel système d'assurance : c'est-à-dire que le fonctionnement de l'assurance maladie sera prioritairement organisé selon une prévision et une évaluation des risques comme du poids des " réparations ", c'est-à-dire en fonction de leur **coût**.

À partir de quoi il n'est que deux types de réponses possibles : ou bien on fait varier le montant des " primes " (cotisations) versées en fonction du risque évalué (c'est ce qui se passe par exemple pour l'assurance automobile avec le mécanisme de bonus-malus, voire la radiation des assurés), ou bien on limite la nature des " dégâts " pris en charge et le montant des réparations qu'ils exigent (en désignant au besoin des " réparateurs agréés ", comme par exemple dans le système des " médecins référents " dont vous avez peut-être entendu parler). C'est l'assureur lui-même qui fixe la règle en fonction des exigences de sa gestion... et de ses profits éventuels.

De ce mécanisme apparemment simple découle toute une série de conséquences :

- la prévision des risques va constituer l'activité principale et déterminante de l'assureur gestionnaire. Plus les risques seront prévisibles dans leur fréquence et leur importance comme dans les coûts qu'ils induiront, mieux il sera possible de déterminer leur place dans le fameux " panier de soins ". On aura tendance à en écarter ceux des risques qui sont mal mesurables, difficiles à cadrer, à planifier (comme par exemple les soins psychiatriques ou au moins une partie d'entre eux) ;

- comme, en l'état actuel des choses, on ne peut prétendre faire varier les primes (les cotisations) en fonction du risque, l'équilibre de la gestion sera assuré en éliminant une partie des risques pris en charge ou des moyens mis en œuvre pour y remédier – ceci de façon variable en fonction des résultats comptables obtenus. C'est déjà le cas par exemple pour certaines assurances ou mutuelles complémentaires ;

- dans une telle conception, rien ne s'opposerait à ce que soient mis en concurrence les différents gestionnaires potentiels : à cet égard les assureurs privés ne manqueront pas de prétendre être plus efficaces parce que plus rigoureux.

On voit que ce sont les principes fondamentaux de notre protection sociale en matière de santé qui sont ainsi remis en cause. Certains estimeront qu'une telle évolution est inéluctable dans une société marchande.

D'autres soutiendront que la santé collective et individuelle fait partie des objectifs prioritaires que peut s'assigner une société évoluée – et riche, quoiqu'on en dise. C'est ce qui s'appelle un choix politique – auquel donc il appartient à chacun de contribuer, vous les premiers.

La grande majorité des médecins, quant à eux, ont choisi de refuser ce qui leur apparaît comme inacceptable, parce que c'est le sens même de leur mission qui est ainsi mis en cause : non seulement soulager la souffrance mais permettre à chacun d'atteindre au meilleur équilibre physique et psychique possible. Pour cela, ils ont le souci d'assurer les soins les plus conformes aux besoins de la population et aux acquis de la science tout en se préoccupant de le faire sans dépenses superflues afin que puisse perdurer l'organisation médico-sociale originale qui est celle que les français ont conquise depuis cinquante ans. Pour cela, ils ont fait et feront encore des propositions constructives : ils attendent qu'on en débattenne avec sincérité et lucidité, pour le bien collectif. Il vous appartient aussi d'imposer cet effort de concertation à tous ceux qui vous représentent.

N'hésitez pas à en parler avec votre psychiatre : il est à votre disposition pour cela.

Syndicat national des psychiatres privés

"Sixième" lettre à mes patients

Cette autre lettre est la première qui avait été préparée pour cette rentrée. L'actualité nous amené à diffuser en priorité la " Cinquième ", qui recherche plus précisément une mise en alerte " politique " de ses lecteurs, incitation qui nous paraît des plus indispensables dans la conjoncture. Mais il nous a semblé intéressant que vous puissiez disposer des deux modèles, avec leurs différences de ton, soit que l'une ou l'autre corresponde mieux au message que vous souhaiteriez transmettre, soit que vous puissiez utiliser l'une ou l'autre en fonction de leurs destinataires. Si vous désirez les reproduire, un tirage à part pourra vous en être adressé sur demande au secrétariat du S.N.P.P.

La rédaction

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Comme chaque automne, la loi de financement de la Sécurité Sociale va être débattue à l'Assemblée Nationale. Les médias ne manqueront pas de la commenter largement, soulignant sans doute la nécessité dans laquelle nous nous trouvons de réduire toujours plus les dépenses de santé pour sauver notre système de protection sociale et consolider l'équilibre économique de notre pays. En marge de ce débat, vous entendrez aussi parler d'une manifestation réunissant le 17 octobre prochain toutes les professions de santé pour dénoncer avec force les dangers que la politique sanitaire du gouvernement fait courir à la population. Peut-être cette manifestation sera-t-elle présentée à l'opinion publique comme l'expression du corporatisme étroit des professionnels de santé ; mais peut-être les véritables enjeux de cette manifestation seront-ils enfin clairement compris...

Mise en péril de l'économie d'un côté, mise en péril de votre santé de l'autre. Peut-on juger sereinement face à de telles menaces ? Il n'est donc pas inutile de prendre encore une fois quelques minutes de votre temps pour vous livrer quelques éléments de réflexion.

Contrairement à ce que d'aucuns voudraient laisser croire, les professionnels de santé ne s'opposent pas au principe de la régulation des dépenses de santé. Citoyens comme vous, ils sont pleinement conscients qu'une croissance incontrôlée de ces dépenses pourraient entraîner de graves déséquilibres économiques, générateurs d'une précarité sociale qu'ils sont parmi les mieux placés pour observer et qu'ils dénoncent toujours avec détermination. Ce que dénoncent les professionnels de santé, c'est la manière inacceptable dont cette régulation prétend s'exercer. Inacceptable pourquoi ?

Inacceptable d'abord parce qu'il n'a jamais été établi d'inventaire des besoins de soins de la population et que la politique gouvernementale conduit inéluctablement à un rationnement des soins. Certes la société française ne peut se comparer aux sociétés sous-développées régulièrement frappées par de grands fléaux épidémiques et dans lesquelles le manque de moyens sanitaires est criant. Pour autant, de quelles certitudes les pouvoirs publics s'autorisent-ils pour prétendre que les besoins sanitaires du pays seraient si largement couverts qu'il faille impérativement réduire les moyens qui y sont consacrés ? Est-il si évident que nos hôpitaux disposent de suffisamment de personnel médical et soignant quand il n'est pas de service d'urgence dans lequel l'on ne doit attendre plusieurs heures avant d'être pris en charge ? Combien de temps faut-il pour obtenir un premier rendez-vous chez un spécialiste, que ce soit en ville ou à l'hôpital ? En un mot, les besoins sont-ils vraiment largement couverts ? Les professionnels de santé, bien souvent submergés par la demande de soins à laquelle ils ont à faire face, peuvent difficilement le croire et d'autant plus lorsqu'il est question de réduire encore leur effectif.

Inacceptable aussi parce que toute l'analyse des pouvoirs publics repose sur la croyance, pourtant jamais démontrée, qu'il existerait d'énormes gaspillages de soins. Certes il arrive que certains patients trop inquiets consultent parfois plusieurs médecins quand un seul aurait suffi ; l'on trouvera aussi des médecins qui recourent à des examens complémentaires qui s'avéreront après coup peu utiles. Mais les patients auraient-ils demandé plusieurs avis s'ils s'étaient sentis pleinement compris par le premier médecin consulté ? Les médecins auraient-ils demandés autant d'examens s'ils avaient eu le temps de s'entretenir plus longuement avec leurs patients ? Le supposé gaspillage que les pouvoirs publics invoquent est de toutes manières bien moins important que l'on ne dit mais, quand il existe, n'est-il pas souvent l'effet d'un " ratage " dans la relation médecin - malade, ratage qui pousse légitimement le malade à demander d'autres avis et qui entraîne le médecin à le rassurer (ou à se rassurer ?) par des moyens techniques quand le seul examen clinique aurait pu suffire dans une relation de bonne qualité avec le patient ?

Inacceptable enfin parce que les pouvoirs publics dérivent vers une réduction de la médecine à un catalogue d'actes techniques, de " recettes " bien codifiées, parmi lesquelles ne seraient plus prises en charge par l'assurance maladie que celles qui présenteraient le meilleur rapport qualité/prix. Ce raisonnement médico-économique, qui pourrait certes paraître de bon sens à première vue, peut cependant s'avérer dangereux à plusieurs titres, tant pour votre santé que pour l'équilibre financier de la protection sociale lui-même. Dangereux d'abord parce qu'il entraîne mécaniquement une perte de chance pour tout malade qui ne développerait pas une forme " standard " de pathologie. Dangereux aussi parce qu'il sape chez les malades la confiance en leur médecin pour faire tout ce qui est possible pour les soigner, renforçant ainsi la tendance à vouloir se rassurer en consultant plusieurs praticiens, mais surtout, ce qui est bien plus grave, induisant une défiance envers les traitements qui va à l'encontre de leur efficacité. Dangereux enfin parce qu'il pourrait peut-être un jour faire oublier aux médecins eux-mêmes qu'ils se doivent de tout mettre en œuvre pour restaurer la santé de leurs patients. De surcroît, une conception si réductrice des soins ouvre la voie à un " marché de la santé " dans lequel les soins, réduits à des procédures techniques strictement codifiées, pourraient être négociés comme n'importe quel produit marchand par des assureurs privés, ce qui menace à terme toute la philosophie de notre protection sociale, fondée sur la solidarité entre malades et bien portants. Quelle place restera-t-il à la psychiatrie dans un tel contexte ?

À cela les professionnels de santé opposent qu'une régulation des dépenses est possible mais avec d'autres moyens. Une régulation d'abord basée sur la qualité de la relation, indispensable pour que chaque patient ressente envers le médecin qu'il se sera choisi la confiance qui lui permettra de s'engager dans les traitements qui lui sont nécessaires. Une régulation qui ne néglige pas de mettre en œuvre des moyens suffisants, tant humains que matériels, certes coûteux dans un premier temps, mais incontestablement modérateurs de

dépenses à terme du fait que les pathologies étant prises en charge plus précocement, elles le seront d'autant plus efficacement. Une régulation qui laisse donc véritablement place à la prévention, et reconnaisse que l'efficacité de cette dernière se fonde au moins autant sur la liberté du patient de consulter au moindre doute le médecin de son choix que sur des prescriptions hygiénistes effrayantes, voire coercitives. Une régulation enfin qui contribue à préserver notre système de protection sociale en ne confondant pas qualité des soins et standardisation, et en refusant que les soins soient assimilés à des produits marchands offerts à la voracité de prédateurs financiers, ce qui aurait pour premier effet d'exclure les plus malades et les moins fortunés du bénéfice de l'assurance maladie.

Notre pays bénéficie actuellement d'un équipement sanitaire dont la qualité est largement reconnue. Réduire cet équipement afin de sauvegarder l'équilibre des comptes est une décision politique qui dépasse les seuls professionnels de santé et engage la nation toute entière, dès lors que le débat est clairement posé. En revanche, peut-être est-il de la responsabilité des professionnels de santé, et notamment des psychiatres, de rappeler que, quelle que soit la qualité " objective " d'un système de soins, il n'a évidemment d'utilité en termes de Santé Publique qu'à la mesure de ce que chacun lui garde de confiance pour y avoir recours en temps opportun, c'est-à-dire bien avant d'y être contraint par un état déjà désespéré. Or ce n'est peut-être rien moins que le prix de cette confiance que les pouvoirs publics cherchent actuellement à retrancher des dépenses de soins...

Parlons en si vous voulez : votre psychiatre est à votre disposition pour cela.

Syndicat National des Psychiatres Privés

Médecine et psychiatrie

Pierre Cristofari

La médecine a probablement plus à perdre de l'éviction de la psychiatrie de son champ d'intervention traditionnel que la psychiatrie elle-même. Une rupture, qu'entraînerait-elle

Pour les psychiatres, une déqualification. Assimilés aux actuels psychologues, nous subirions sans doute une perte de nos revenus : nous n'en sommes plus à ça près...

Quelques-uns d'entre nous, hospitaliers pour la plupart, gèreraient les traitements pharmacologiques - car il faudra bien que quelqu'un fasse ce travail-là, qui ne pourra être confié à un non-médecin. À peu de choses près, ce seront de nouveaux aliénistes, avec tout le chemin à refaire... Les autres se verraient confier, de façon prescrite, des psychothérapies détachées du contexte. Par exemple : "psychothérapie de soutien, une séance hebdomadaire. Qsp 3 mois. À renouveler." Cela, pour les praticiens conventionnés, titulaires d'un CES ou d'un DES de psychiatrie, ou d'un DESS de psychologie. Déqualification simple, sans grande conséquence économique pour nous, très bénéfique pour les psychologues. En attendant que d'autres, infirmiers spécialisés en psychiatrie et chevronnés, par exemple, ne réclament à leur tour - et à juste titre dans ce contexte - la possibilité d'être reconnus aptes à faire le même travail.

Beaucoup des psychiatres qui se déconventionneront profiteront de l'augmentation de la demande en soins psychiques, acceptant alors de ne recevoir que les patients les plus riches. Ils ne seront plus médecins, mais "psychothérapeutes". Ils seront, c'est vrai, encore plus que maintenant, soumis à la concurrence de praticiens auto proclamés, ou formés par toutes sortes de filières échappant à la Faculté de Médecine, avec des risques de dérives charlatanesques majorés. Mais, cahin-caha, ils parviendront jusqu'à la retraite.

La question de la souffrance, elle, en prendra un coup. Certes, elle recevra, de fait, une réponse théorique, encore que de façon un peu psychologisante, un peu bête : la rupture entre corps et esprit sera consommée. Toute souffrance ne nécessitant pas un geste technique, un geste manuel, ne sera plus du ressort du médecin. Exit le "traitement moral". Le psychiatre aliéniste, n'ayant nulle stratégie thérapeutique à développer, retournera à la réduction des symptômes les plus florides.

Et le médecin, que fera-t-il, si on le prive de la référence à la psychiatrie ?

On connaît la belle formule de François Oury : "la psychiatrie est ce qui reste de la médecine quand on lui a enlevé ce qui est commun avec l'art vétérinaire". Et la médecine vétérinaire ne manque ni de noblesse, ni d'intérêt. Les vétérinaires cumulent une finesse clinique associée à une conscience claire des réalités économiques et des coûts des traitements : ce sont là des compétences séduisantes pour un directeur de Caisse d'assurance...

Ainsi présentée, voilà la question qui se posera à tous les médecins. Certains, et ce n'est pas leur faire injure, se fondraient volontiers dans une pratique de type vétérinaire : précise, technique, sans discours sinon sans états d'âme. D'autres, habitués à une tradition dite à tort "humaniste" (à tort parce que l'art vétérinaire n'exclut pas l'humanisme), resteront plus attentifs au devenir de leur patient, à sa souffrance, qu'à la guérison de sa maladie mesurée en termes anatomo-cliniques. Ceux-là seront-ils prêts à admettre que la seule souffrance que le médecin ait à prendre en compte est la souffrance physique ? Que la psychiatrie - le paradigme de la tentative de soulager la souffrance du sujet, la souffrance globale - doive rester en dehors du champ de la médecine ?

La nature pourrait avoir quelque horreur du vide : nombre d'entre eux feront avec leurs patients le chemin un peu chaotique que nous autres, psychiatres, avons fait. Puis ils se spécialiseront dans ce qu'on appellera, sous ses différentes formes, la psychothérapie médicale, recouvrant en grande partie le champ de ce qui est aujourd'hui cette pratique à nulle autre pareille qu'est la psychothérapie du psychiatre. Certains d'entre eux, se regroupant, revendiqueront, outre le beau nom de "psychiatre", une formation spécifique, et un statut spécifique au sein de la médecine. On le leur accordera, car l'évidence leur donnera raison. Et la boucle sera bouclée : on aura juste gâché quelques décennies.

Fiction, bien sûr, car il est plus probable que le clivage entre le corps et l'esprit soit entériné par l'unification des métiers de médecin et de vétérinaire, autour d'une plate-forme de gestes minimaux. La médecine, définitivement supplantée par la santé publique - et les assurances privées - ne sera plus que la branche technicienne de celle-ci. Cette branche-là, qui la dirigera ? Le chirurgien ou l'ingénieur roboticien.

Pierre CRISTOFARI

Correspondances

Dr Denis CORNUAULT (La Rochelle)

Chers collègues psychiatres privés,

Et si Madame Aubry avait raison ?

Raison de nous désigner, les médecins en général, et les psychiatres en particulier, de coupables ? Raison de s'en prendre à nous comme à des ennemis et pas des adversaires, ce qui supposerait le maintien de quelques règles, minimales, morales ou juridiques qui régiraient alors nos échanges ? Raison d'utiliser le mensonge, la

délation, les menaces, les sanctions iniques ? Raison d'essayer de nous faire disparaître par arrêt de formation, réintégration dans le public sous tutelle d'État et des caisses, ou en kidnappant notre formation initiale ou continue ? Et si Madame Aubry avait raison d'user de ces stratagèmes violents pour que nous tenions le rôle social qui nous est dévolu ?

Nous sommes les garants d'une culture humaniste, issue des droits de l'homme, où l'intime et le secret doivent en dernier recours protéger le citoyen du pouvoir collectif et d'un rôle sacrificiel. Nous sommes assermentés pour garantir des valeurs quasi antisociales. Nous entendons, soignons éventuellement des individus et pas des groupes, des sujets désirant et pas des objets ; nous respectons l'absolu du secret contre les pouvoirs de lobbies, nous préservons les intérêts de particuliers plus que ceux des corps constitués.

Madame Aubry croit, un peu naïvement, à l'immensité de notre prétendu pouvoir pour nous gratifier de ses attentions multiples ; mais elle nous dévoile aussi l'impuissance qui la blesse à ne pas parvenir à faire de bonne médecine sans médecin, à ne pas parvenir à s'immiscer dans le huis clos de nos consultations, à ne pas accepter que les médecins soient plus qualifiés que ceux qui ne le sont pas, et surtout les comptables, pour gérer l'intime intérêt de nos patients.

Elle nous révèle par ses maladroites l'insupportable qu'il y a à faire profession de pouvoir, de le gagner d'y être accro et de s'en trouver alors ou dépossédé ou que son exercice s'en trouve limité. Qu'il faille partager et laisser à de plus qualifiés la gestion de l'intime, du désir, de la vie intérieure, de la liberté de penser, fantasmer, désirer ; que des sujets adviennent à une liberté interne plus vivable par eux-mêmes sans le recours ou l'unique dépendance au monde des objets externes, sans relation d'addiction au monde des objets et de la consommation.

Est-ce un hasard si c'est au secret médical que Monsieur Johanet s'attaque ? Est-ce un hasard si nous sommes en butte à de multiples tentatives de disqualifications, discrédits, accusations d'irresponsabilité collective nécessitant des clauses de prétendue sauvegarde ? Est-ce un hasard si l'application de la loi des quotas se trouve taxée " d'opération Mégève " ?

Bien sûr il n'y a pas là de hasard mais opposition à ce que nous soyons garants de cette aide à apporter à l'accession du sujet, garants d'une plus grande liberté interne et d'une moindre addiction aux objets externes et donc à la consommation des illusions.

Notre éthique nous a été dictée comme un contre-pouvoir utile pour l'exercice de la démocratie. Tous les régimes totalitaires s'en prennent aux psychiatres, Koryaguine le sait.

Bien sûr hélas, des médecins peuvent confondre pouvoir médical et pouvoir politique. Il est même un pédopsychiatre ayant cumulé tous les pouvoirs en autocrate qui s'érige en tyran sanguinaire promulguant un délire infantile d'épuration ethnique.

Nos ministres et gouvernements se succèdent, montrant la même détermination à entamer notre éthique humaniste. Ils voudraient nous rendre redevables du vécu interne de nos patients et aussi des circonstances externes avec les intérêts collectifs qui en résultent et dont là il leur incombe de faire des choix qu'ils refusent. Ils fonctionnent en enfants qui, ayant obtenu les jouets désirés, cherchent un père pour leur en expliquer l'usage, qu'ils s'empressent de ne pas suivre et enragent de leur impuissance à les maîtriser, accusant alors ce père.

De nous rendre responsables et coupables de tant de situations contradictoires montre bien le pouvoir magique qu'on nous prête et révèle l'infantile du regard qu'on nous porte. Mais l'infantile est aussi à l'œuvre quand l'option sécuritaire prime dans le social, dans la société civile, dans les débats internationaux, voir dans la braguette d'un président. Sous ce fallacieux prétexte sécuritaire, l'union, la pensée unique, la soumission, le renoncement à son autonomie, à ses pulsions, sont exigés sous menace de contrôles, évaluations, encadrements enveloppes etc. Ces processus issus de pensées archaïques ont pourtant l'inconvénient de produire des angoisses collectives, des manques idéologiques ou plus aucune créativité ne

se fait jour. La blessure sociale produisant alors violence, dépendance, régression etc.

Notre fonction nous assigne à être en opposition à une pensée infantilisante de quelque parti qu'elle émane. Notre position symbolique, de rival, de possesseur du phallus, notre rôle d'aide à l'accession du sujet par et pour lui-même, c'est celle du père. Qui mieux que les psychiatres sont fondés à théoriser, à faire savoir, à dire cette place symbolique et à en assumer la place du meurtre ?

Non dupes et, souhaitons-le, pas trop en errance, ni gourous ni cumulards de pouvoirs et mandats, nous avons à dissuader de la croyance en " l'avenir d'une illusion ". L'illusion du bonheur sans peurs, celle du paradis, de la toute puissance, de la fusion totalitaire, de l'estompage des différences.

L'accession au statut de sujet nécessite ce rôle castrateur d'un père vis-à-vis de l'omnipotence des désirs de l'enfant, l'apprentissage du manque, de la frustration et des colères qui en résultent. Le père initie à une vie ou cohabitent des peurs, la solitude, la mort, l'impuissance, la différence des sexes, etc. C'est l'inverse de l'indolore, du tout tout de suite, du fusionnel, du non dit, et même de la sécurité.

Notre " métier impossible " nous oppose au discours sécuritaire, désillusionne de l'avenir, de la toute puissance de la science, de la politique ou de la médecine à gérer les individus et leurs vécus intérieurs. En cela notre écoute est antisociale, ou anticonformiste. Mais la névrose sociale dont nos dirigeants sont l'écho a des défenses. Nous sommes habilités à les dire, à les interpréter éventuellement même à contre courant, et notre silence est coupable.

Les syndicats représentants la profession sont l'écho de ce que nous avons à soutenir et ont à lutter contre notre disparition du discours et même du réel.

Madame Aubry a inconsciemment raison de nous astreindre à une fonction, un rôle, un réveil social, probablement désagréable mais indispensable dans la société telle qu'elle est, avec son risque de décérébration collective et d'accession d'un " big Brother " irresponsable.

Dr Michel ALLÈGRE (Pessac)

Je ne résiste pas devant les nouvelles qui font suite aux européennes à recopier mon petit texte d'il y a peu :

Du 7 au 10 octobre 1998 se tenait à Genève un colloque sous le patronage de la World Psychiatric Association "Manage or Perish ? Challenges of managed mental health care in Europe ". Parmi les membres du comité scientifique on trouvait P. Chanoit de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale. En fait peu de français, mais quand même A. Dazord de l'Inserm, hôpital Saint Jean de Dieu à Lyon, R. Tempier du SISMC de Bourges, M. Bungener du CERMES de Paris, J-C. Pénochet de Montpellier, M. Bourgeois et F. Radat de Bordeaux... comme quoi ces très importantes questions trouvent intérêt non seulement auprès du Pr Joël Ménard qui en tant que Directeur général de la santé sait bien de quoi il parle, mais aussi auprès de respectables universitaires qui ayant depuis longtemps compris que la psychiatrie n'avait d'avenir que du côté des neurosciences, ont substitué au terme de service de psychiatrie celui plus naturel de laboratoire.

On ne peut attendre que les meilleures choses de l'association de la rigueur scientifique à la réduction nécessaire du nombre excessif de psychiatres. D'ailleurs une prochaine réunion provinciale sur les troubles anxieux qui se tiendra dans un musée moderne, retrouvant à l'occasion une image de chirurgie domestique, ne peut que porter un coup définitif aux élucubrations d'un Jacques Lacan qui avait cru bon d'en fourvoyer plus d'un au titre d'un séminaire d'un an consacré à l'angoisse.

Enfin une convergence heureuse va pouvoir réunir et les analyses de Gilles Johonet et l'enthousiasme du Pr H. Allain après le Collegium international neuro-psycho-pharmacologique de Glasgow de juillet de cette même année " **Vraiment, la biologie, la neuro-imagerie et la génétique apportent des résultats concrets et parlants pour le thérapeute clinicien. Le médicament devient un projectile atteignant des cibles parfaitement identifiées sur les plans anatomique et biologique** ".

Sans doute que la lecture des interventions nécessite une formation particulière dès lors que toute la clinique classique a disparu au profit d'un abord rationnel totalement codable. Mais cette formation devient nécessaire si l'on veut bien entendre ce que Gilles Johanet nous affirme : " **ce qui n'est pas économique n'est finalement pas éthique** ". Et ce n'est pas un polémiste qui parle mais bien quelqu'un qui connaît très bien ses dossiers et qui propose des solutions rationnelles. Tout de suite il nous explique la nécessité de la sélection, des soins coordonnés, du codage généralisé, de la fin du secret médical, de l'écrasement de la prévention par le curatif, la fin de l'individualisme, les inco-errances de financement, de gestion, bref il y a sept vices qui s'aggravent les uns les autres et au bout c'est le déclin. Des médecins qui s'intéressent au malade et non à la population, des charlatans, des médecines molles, douces et piquantes. Un des moyens les plus sûrs demeure la bataille sur l'offre avec un plan d'élimination d'au moins 230 000 emplois, soit 8 %. On a vu pire dans d'autres secteurs. Mais l'administration manque de personnel. Et puis il y a cet Ordre immobiliste. Les partis politiques qui sont sans messages, les groupes de pression omniprésents, l'informatisation balbutiante et non centralisée. Ne parlons de l'exigence irresponsable de l'utilisateur...

Bref il faut lire en détail " **Sécurité sociale : l'échec et le défi** " et méditer sur le schéma de la page 167 qui oppose la santé publique au secret médical, propose un codage intégral, une coordination des soins, un conventionnement sélectif, une modulation de la prise en charge et finalement une maîtrise comptable. Comme le faisait remarquer Ronald H. Coase, favorable à un droit utilitariste, la firme croîtra " **jusqu'à ce que les coûts d'organisation des transactions supplémentaires en son sein deviennent égaux aux coûts de réalisation de ces mêmes transactions par le biais d'un échange sur le marché, ou aux coûts d'organisation dans une autre entreprise** ".

Que le psychiatre classique qui croule sous une demande envahissante se rassure donc, ça ne va pas durer. Et sans vouloir alourdir des propos déjà assez longs, il convient de positionner la psychiatrie et son avenir non seulement vis-à-vis des problèmes actuels de gestion de la santé, mais aussi vis-à-vis du dispositif souligné par Loïc Wacquant dans le dernier numéro des **Actes de la recherche en science sociale** : " **Ainsi se dessine la figure d'une formation politique d'un type nouveau, sorte d'État centaure " doté d'une tête libérale montée sur un corps autoritaire, qui applique la doctrine du " laisser-faire et laisser-passer " en amont des inégalités sociales, au niveau de leurs causes, mais qui se révèle brutalement paternaliste et punitif en aval dès lors qu'il s'agit d'en assumer les conséquences** ". Bien sûr comme l'a montré la récente campagne de Coca Cola en faveur de la transformation des petits enfants en sorcières et autres bestioles, la France n'est pas l'Amérique et la Twin Towers Correctionnal Facility n'est pas la forme moderne de l'asile psychiatrique, à moins que...

Et pour faire bon poids j'évoquerai un échange d'**Impact** à propos de thermalisme où il me semble possible de remplacer thermalisme par psychothérapie du psychiatre pour obtenir un dialogue actuel car la bonne volonté face au scientisme n'est bien sûr que suicidaire. La science dont il serait question me semble reposer en effet sur deux pôles, d'une part une science pharmaco-économique [...] d'autre part un usage restreint des statistiques au sens où la loi des moyennes sert de norme sur la base de la logique restreinte des ordinateurs (loin de ce qui pourrait en être interrogé sur le plan du concept mais qui ouvre sur la statistique quantique qui, elle, ne récuse pas le sujet de l'inconscient, au contraire le positionne comme central à sa visée).

Dr Alexandre KRIVITZKY (Boulin)

J'ai trouvé le bulletin de juin particulièrement cohérent : après les aberrations du plan Johanet " issu de la pensée ultra libérale ", le cri d'alarme des psychiatres pour une fois unis, la description de l'exemple américain à ne pas suivre, nous arrivons à la révolte des psychiatres bretons.

Ceci m'amène à deux réflexions. L'une conjoncturelle : que se passerait-il sur le plan légal si des confrères décidaient en effet de refuser une diminution de leurs honoraires, voire décidaient de les augmenter ? Ne doutons pas de leur déconventionnement autoritaire.

L'autre de portée plus générale, bien que liée à la première, est posée par Jean-Jacques Laboutière : " Serons-nous obligés de revendiquer un jour le droit à une activité non conventionnelle afin de préserver la qualité des soins ? Devons-nous en France sacrifier l'égalité des patients dans l'accès aux soins à la liberté de bien soigner ? " Voici en effet l'enjeu aujourd'hui.

Depuis des années maintenant, nous sommes confrontés au mépris (absence de concertation et décisions autoritaires sans discussion préalable), à la diffamation (nous serions des fauteurs de ruine de la Sécurité sociale en dépit de nos revenus les plus bas parmi le corps médical), aux attaques des pseudo-sciences plus soucieuses du souci obsessionnel de compter que ce celui de soigner réellement. Nous savons bien entendu qu'il s'agit là d'attaques contre la pensée.

Une dernière réflexion : nous sommes en partie responsables de ce qui arrive, pour n'avoir pas fait le ménage chez nous pendant qu'il était encore temps. Je parle ici de pratiques aberrantes, comme par exemple la multiplication des actes (il aurait été extrêmement facile de limiter le nombre d'actes quotidiens pour chaque spécialité), ou encore, mais on sait que ce phénomène est lié au précédent, du raccourcissement charlatanesque des séances. Nous avons accepté cette perversion des pratiques, que certains ont même cru pouvoir justifier de façon théorique (!). On peut lire à ce sujet l'article de Jean-Luc Donnet " Sur l'institution psychanalytique et la durée de la séance " dans son ouvrage *Le Divan bien tempéré* aux P.U.F.

Pour ma part, et je parle maintenant en tant que psychanalyste, je vois dans ces dérives un argument en faveur de l'appel lancé par quelques-uns (APUI) à l'époque dans *Le Monde*, pour que la profession se réglemente elle-même de façon éthique.

Dr Pierre CRISTOFARI (Hyères)

À notre futur patron

Éluder le débat avec la CSMF à propos de la signature de l'accord avec AXA Banque et le SML est dangereux.

La signature de cet accord porte sur le tiers payant. Quel tiers payant ?

Celui des patients capable d'une inscription à une mutuelle, donc en dehors des plus pauvres. Soutenir une telle action alors que nous ne nous sommes pas battus contre la suppression du tiers payant pour ALD serait moralement indéfendable.

Appelons un chat un chat : les médecins veulent le tiers payant pour les riches. Ils veulent aussi des clients heureux, des clients qui consomment. Le double discours est flagrant dans l'affaire AXA Banque. Les médecins crient la nécessité d'un libre choix des honoraires au nom de la liberté d'exercice. Soit.

Mais ils ne veulent pas que les patients aient l'impression de payer. L'exemple des mutuelles est flagrant. Les médecins du secteur II demandent le plus cher possible, et ils ont raison. En même temps, les limitations de remboursement par les mutuelles les font hurler au point de déclencher des mouvements de pression à l'encontre d'organismes qui n'ont aucun compte à nous rendre.

La limitation des remboursements à 100 % par les mutuelles étudiantes a fait chuter la fréquentation de nos cabinets par cette population-là. Comment alors continuer à raisonner comme si nous n'étions pas des assistés soumis au bon vouloir des Caisses et des mutuelles ? Le déconventionnement, ce monstre du Loch Ness, devient une tarte à la crème. : combien l'ont osé ? Et si non, pourquoi ?

Alors, ne continuons pas à débattre avec des arguments aussi niais d'un sujet de société aussi grave, sauf à accepter de replâtrer sans rien résoudre, pour que cela tienne encore quelques années jusqu'à la retraite : exit, dans ce cas-là, toute ambition philosophique, au profit d'un simple combat d'arrière garde pour nantis voulant

continuer à vivre grassement sur les cotisations sociales des pauvres.

Dans l'accord avec AXA Banque, les médecins ont été piégés sur un point symbolique : accepter l'idée qu'un patient, non content d'être remboursé à 100 %, ne doit plus même l'effort financier de l'avance d'honoraires pour de petites sommes, revient à défendre le crédit gratuit - d'ailleurs illégal. J'y insiste, on bascule dans une logique marchande : "consommez d'abord, vous paierez après, et même rien du tout".

Du côté de l'assureur-banquier, a priori, des coûts, puisqu'il aura à faire l'avance, sans se payer par des intérêts. Son intérêt direct résidera dans l'augmentation du chiffre d'affaire de ses médecins adhérents - au détriment des autres. On imagine comment un réseau bancaire d'importance pourra influencer le choix de ses clients.

La présence récurrente d'AXA a pu choquer. Mais le feuilleton bancaire de l'été a montré la présence croissante des assureurs dans la concentration bancaire. Imaginer une concurrence entre assureurs relève d'une méconnaissance de la situation capitaliste moderne. Ce qui eût été concevable avec un certain nombre de banques nationalisées ne peut plus l'être aujourd'hui. Si AXA revient sans cesse c'est qu'il n'a pas de concurrence sérieuse en France. S'il met les bouchées doubles, c'est afin de profiter d'un réflexe nationaliste pour devancer les concurrents "étrangers" en France. Enfin, s'il entre sur ce marché bâtarde, plus métier de banquier que d'assureur, c'est parce qu'il est largement partie prenante du géant BNP-SG-Paribas, qui, d'une façon ou d'une autre va se constituer : non seulement la concurrence entre assureurs se réduit en peau de chagrin, mais il en est de même de celle entre banquiers et assureurs, aux participations largement enchevêtrées, et qui pratiquent déjà le même métier.

AXA n'est pas seulement le partenaire de la CSMF, ce n'est pas un assureur parmi d'autres, ce n'est pas une métaphore, c'est notre futur patron.

Dr Alain NICOLET (Brest)

Nous avons certainement traversé des périodes de turbulences, en partie liées à la probable diminution du CNPsy.

Je suis psychiatre libéral, je m'occupe d'une Clinique psychiatrique, je participe à l'activité syndicale de ma région en tant que membre du comité des contrats mais aussi expert régional près de notre directrice d'ARH, et je constate qu'il existe une véritable innovation positive de la santé à travers ce que seront les conférences sanitaires de secteur qui auront pour mission de faire rencontrer les gens du public, du privé hospitalier et du privé libéral.

Face aux véritables enjeux de la santé qui ne sont pas qu'économiques mais aussi de santé publique, il me semblerait opportun que notre syndicat ait une position claire. En effet, lorsque l'on regarde ce qui se passe au niveau de la psychiatrie, il me semble que la véritable carence soit le peu de mobilisation face à l'urgence psychiatrique. On pourrait parfaitement être imaginatif et proposer la création par secteur sanitaire d'une sorte de secrétariat de coordination entre les différents intervenants, médecins libéraux et publics pour libérer et gérer des rendez-vous rendus disponibles pour accueillir les urgences. Ce secrétariat ne serait accessible qu'aux professionnels de santé, notamment les médecins généralistes.

Il me semble que nous devons être une force de proposition si nous ne voulons pas scier la branche sur laquelle nous sommes assis.

Notre réponse

Ah ! les positions " claires " ! Serions-nous psychiatres si la réalité (de nos patients, de notre engagement professionnel, de notre fonctionnement psychologique...) était dépourvue de contradictions et d'ambiguïtés... ?

Bon nombre de psychiatres libéraux se refusent à s'engager au-delà du colloque singulier. D'autres participent au service public à temps partiel, ou se sont impliqués déjà dans des réseaux. Ces sont des choix. Serions-nous libéraux si nous ne cultivions cette liberté de choix ?

Une chose est d'accepter de se coordonner volontairement au plan local, pour les urgences par exemple. Une autre est de proposer des organigrammes obligatoires, générant fatalement des contraintes bureaucratiques. J'en ai actuellement un bon exemple dans les Yvelines, où la communauté libérale se clive rageusement autour d'un projet de réseau (à leadership universitaire et public).

Mais vous avez raison : la question doit être posée et approfondie. Nous avons prévu de mettre en place un groupe de travail sur les réseaux. [...]

G.B.

A quoi sert un syndicat ?

Pierre Cristofari

Il est bon de reposer régulièrement les questions de fond : à quoi sert un syndicat ?

Dans une longue lettre circulaire aux membres du Conseil d'administration, notre Président la pose d'une façon qui induit la réponse : le rôle d'un syndicat est bien davantage de défendre l'idée que l'on se fait d'un métier, de son rôle social, de son utilité, que d'être un simple prestataire de services.

Exploitée volontiers par le passé pour son pouvoir carcéral, la psychiatrie a su réagir par son pouvoir de remise en question, par la permanence de son raisonnement sur l'homme, l'aliénation, l'altérité, la liberté. Nul doute que l'essor de la psychiatrie libérale, devenue en France le modèle de la pratique, n'ait eu là un rôle prédominant. Le pays des Droits de l'homme est aussi celui où il y a le plus grand nombre de psychiatres : il est peu probable que ce soit un pur hasard.

L'ambiguïté d'une pensée dominante reprochant aux psychiatres leur rôle carcéral d'aliénistes tout en souhaitant les y cantonner doit être combattue. Ce combat, nous l'avons toujours mené, libéraux comme hospitaliers. Le Syndicat National des Psychiatres Privés y a pris sa part au point d'en être souvent le fer de lance, au point d'en oublier parfois ses intérêts propres ; mais la désaliénation est la raison d'être de la psychiatrie de ville.

S'offre aujourd'hui une chance nouvelle aux combats syndicaux - dans tous les domaines. Le plan Juppé a sonné le réveil du syndicalisme médical. L'augmentation du taux de syndicalisation inquiète. Cette augmentation a profité au SNPP, plus encore peut-être qu'à d'autres syndicats. Tout nous pousse aujourd'hui à profiter de cette montée en puissance du syndicalisme, à croiser le fer à chaque occasion, quand ce n'est pas à rechercher les affrontements.

Le débat syndical de demain, et l'action syndicale, donnent raison à la démarche privilégiée par le SNPP jusqu'à ces derniers temps : le choix stratégique - idéologique ou philosophique - doit précéder les choix tactiques. Ce choix, nous l'avons fait ; il nous a donné un corpus de réflexion en perpétuelle évolution.

La "pensée unique" n'est pas inéluctable : le débat, houleux, autour de la place des assurances privées dans les mécanismes de protection sociale - que le SNPP veut minimale sinon absente - en est un exemple. Les psychiatres, sur ce point comme sur d'autres, se démarquent. J'ai la faiblesse de penser qu'ils voient un peu

plus loin... Mais ce débat, et peut-être demain ces affrontements, sont indispensables.

Car l'articulation théorico-pratique marquera le syndicalisme de demain. Disposant d'une argumentation philosophique et technique élaborée, ouvert au débat, prêt au combat y compris dans des domaines où on ne l'attend pas forcément, un syndicat moderne osera se regrouper tout entier pour défendre l'un de ses adhérents.

Un psychiatre de ville attaqué par tel ou tel organisme n'attend pas d'un syndicat qu'il paye son avocat : là, c'est plutôt le rôle de l'assureur ! Mais il a besoin à ce moment-là du soutien que son syndicat lui apportera : un renseignement pratique, le contact avec un collègue ayant rencontré le même problème, la description du fonctionnement de tel organisme, une campagne d'auto-dénonciation collective (concernant les prescriptions hors RMO par exemple), seront plus payants à long terme que des mouvements de fermeture des cabinets, mal compris, mal suivis, pénalisant médecins et patients, et permettant paradoxalement quelques économies à la CPAM qui gagne là sur tous les tableaux.

Un syndicat doit être une base de repli solide, métaphore de la position du psychiatre vis-à-vis de son patient ; le terme de "prestataire de services" est intelligemment provocateur. Si un syndicat ne doit pas être nécessairement un prestataire de services, du moins doit-il être au service de ses adhérents. On aurait pu aussi réagir à l'inverse : un syndicat doit-il être avant tout un recruteur d'adhérents ?

Pierre CRISTOFARI