Sommaire du BIPP n° 25 - Mars 2000

Chronique : Cassandre ? Gérard Bles

6e Congrès National de l'AMPEP - Paul Lacaze

Concernant l'Accord de Réduction du Temps de Travail - Antoine Besse

De la dérive vers le naufrage ! Marc Maximin

Décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999, relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et l'analyse de l'évolution des dépenses médicales

Décret du 28 décembre 1999 - commentaire par Jean-Jacques Laboutière

Filiation et transmission psychanalytiques - Linda Sarfati

La qualité de notre vie professionnelle - Martine Burdet-Dubuc

Le SNPP demande un CNPsy à 250 F - Gérard Bles

Les enjeux du Congrès Jubilaire de la WPA - Jean-Jacques Laboutière

Télétransmission - Pour le Bureau du SNPP - Jean-Jacques Laboutière

Que penser du cafouillage de la télétransmission ? Yves Froger

Rapport technique du : SPF, SP-CGC, SNPP

Chronique : Cassandre ?

Gérard Bles

A l’occasion d’un récent débat intersyndical sur la politique de santé en France et alors que je venais d’exposer notre point de vue sur l’évolution de celle-ci, l’un de mes vieux amis, tout en me faisant part de son intérêt pour l’éclairage proposé, me reprochait néanmoins de jouer un peu trop les Cassandre…

Mais enfin, Troie fut-elle conquise ou non par ses assaillants retors ?

Les guerriers grecs, tapis au cœur d’un cheval de bois placide et gigantesque, s’obligeaient au plus grand silence pour ne pas mettre en alerte des assiégés naïfs et triomphants – jusqu’à ce qu’il soit trop tard pour que ceux-ci, enfin décillés sur leurs illusions, puissent éviter massacres et mise en esclavage.

La métaphore homérique messierait-elle tellement dans une conjoncture où, apparemment, beaucoup sont las de se débattre ? Il est vrai qu’actuellement l’entrechoc tonitruant des armes paraît s’être apaisé, les discours et proclamations vengeresses ou calamiteuses de l’assaillant se sont suspendus, les Cassandre de l’autre camp – et Dieu sait s’il en est – se sont tues. Mais pourtant dans les coulisses, si l’on y regarde bien, les charpentiers s’activent…

Ils n’ont pas nécessairement des mines patibulaires, ces artisans besogneux. Et ils ne récusent pas tout dialogue même s’ils manient en ces occasions, avec plus ou moins de virtuosité mais une obstination certaine, la langue …de bois (C’est bien le moins !). Le silence est peuplé de murmures raboteux et - contagion de l’exemple ? – on peut entrevoir au sein de cette agitation besogneuse que les troyens ne sont pas les derniers à manier la varlope !

Faut-il, ou ne faut-il pas, coopérer ? Grave dilemme, dilemme piège : dans lequel on risque toujours de privilégier le " travailler avec " (gage supposé de paix) sans plus s’interroger sur le " travailler à quoi ? " - et l’on se retrouve à construire ensemble un grand cheval de bois…

Nous savons bien, pourtant, ou croyons savoir ce que nous entendons bâtir, étayer, maintenir : un accès pour tous à des soins de qualité. La formulation en apparaît simpliste tant elle est lapidaire – mais pourtant tout y est si l’on y réfléchit bien : une devise pour oriflamme en quelque sorte.

L’accessibilité des soins à tous est encore préservée à ce jour selon toute apparence puisque seules quelques mutuelles, sinon des moindres, se sont jusqu’à présent avisées d’organiser un " panier de soins " pour leur propre compte en en évinçant par exemple les actes psychiatriques. Pour l’essentiel cependant, les principes de solidarité restent saufs qui autorisent chacun à recourir au thérapeute de son besoin comme de son choix. Pour combien de temps ?

L’accès réel aux soins par contre commence à devenir relativement problématique. Le service public, en sous-effectif d’hommes comme de lits, répond difficilement à des missions que le pouvoir prétend néanmoins encore multiplier et diversifier . Quant aux praticiens privés, leur disponibilité apparaît de plus en plus virtuelle dans la plupart des régions, avec des agendas saturés et des délais d’attente de plusieurs mois souvent opposés aux nouvelles demandes. Cette réalité, on est en mesure de l’évaluer directement dès lors par exemple qu’une cessation d’activité vous oblige à chercher des relais de prise en charge pour autant qu’on se refuse à abandonner ses patients ! D’où il ressort que la politique démographique promue en psychiatrie par nos " responsables " politiques est tout-à-fait ahurissante en ce qu’elle s’obstine en méconnaissant tout des besoins…

Oh !, bien sûr, les tenants de l’affaire, quand ils ne se cantonnent pas à un refus pur et simple de toute justification, tentent d’avancer un certain nombre d’arguments plus ou moins péremptoires. Tantôt il s’agit d’une arithmétique toute formelle : il y a encore beaucoup moins de psychiatres dans la plupart des pays – ou encore il y a bien trop d’inégalités dans la répartition des praticiens selon les régions (mais les plus denses ne sont pas forcément les moins saturées…). Tantôt il s’agit d’une mise en cause plus fonctionnelle : vos soins manquent sans doute d’efficacité puisque malgré votre nombre la morbidité psychique paraît aller croissant – regardez les suicides…Cela ne va pas encore jusqu’à soutenir ouvertement que cette morbidité augmente à cause des psychiatres (ce qui rejoindrait somme toute l’adage qui fait désormais fureur en économie de la santé, selon lequel c’est l’accroissement de l’offre qui nourrit essentiellement celui de la demande – stricte application du consumérisme et des lois du marché !), mais nous n’en sommes peut-être pas très loin !

Où l’on en vient bien à la mise en cause de la qualité même des soins - de toutes parts et dans le plus grand désordre – sans le moindre souci quant aux contradictions qu’on peut aligner en ce procès ! On met ainsi en question pêle-mêle l’excès d’utilisation des psychotropes comme l’excès, la nature ou la longueur des psychothérapies…Il faut dire que là, les psychiatres eux-mêmes s’emploient vaillament à fournir des " arguments " à nos détracteurs, qui voient dans nos controverses internes non pas l’écho d’exigibles interrogations mais la démonstration de nos ignorances et/ou de notre impuissance. De là à prôner défensivement l’érection d’une " science " psychiatrique pure, dure, unique et obligatoire, il ne manque pas

de charpentiers amateurs pour river ce nouveau clou !

Il y a sans doute un vrai problème, mais beaucoup plus embrouillé que ce qui serait de l'ordre d'une simple validation des méthodes ou de l'établissement d'indicateurs de performance. Car l'on nous demande de démontrer quoi, par rapport à quoi ? On fonctionne dans une absurdité logique, tout au moins de la manière dont sont posées les questions. Démonstration : si les fractures du col étaient bien traitées, il devrait y avoir de moins en moins de fractures du col ! Ricanements : cette fréquence ne dépend pas de la réparation mais de l'éducation sanitaire, de la prévention à long terme, du traitement de l'ostéoporose, des aménagements architecturaux, de la vitalité sportive du troisième âge et puis, ultima ratio regi, de la prolongation toujours accrue de la durée de vie – à quoi il y aurait bien une solution à la Jarry, vous savez, la suppression du dernier wagon…Sur un problème " simple ", on conviendra aisément de sa complexité génétique ; sur des problèmes autrement complexes – les nôtres – on ne trouve à nous suggérer que de les simplifier, sans plus se soucier de les dénaturer !

Quand nous parlons de soins de qualité pour nos patients, nous parlons avant tout de leur vie, d'une démarche soignante qui leur permette de s'inscrire dans leur réalité, environnementale et intérieure, de façon harmonieuse (" aimer et travailler "…) sans a priori et sans dogmes mais en disposant d'une large palette de possibilités au regard de leurs besoins – ce qui suppose une formation à la fois rigoureuse et ouverte, et une pratique qui ne le soit pas moins. Une telle disponibilité peut s'avérer inconfortable, narcissiquement éprouvante, malaisée à codifier à l'usage du censeur. Cette liberté-là, on nous la reproche en prétendant qu'elle nuit à la " transparence " et à la planification. Nous appartient-il de nous soumettre et d'acclamer un cheval de Troie que de surcroît nous aurions largement contribué à édifier ? Passe encore d'être dupés, mais nous tromper nous-mêmes !

L'important est de donner tort à Cassandre, non pas tant quant à ce qu'elle entrevoit pour l'avenir mais en ce que nous refuserions de rester sourds à ses prédictions…

C'est la grâce que je nous souhaite pour ce presque Troie-sième millénaire (oh !)

Gérard BLES

6e Congrès National de l'AMPEP (Association Marocaine des Psychiatres d'Exercice Privé)

Paul Lacaze

L'A.F.P.E.P. était invitée à participer au 6ième congrès de l'AMPEP qui s'est tenu du 25 au 27 février dernier à Fes.

La psychiatrie marocaine reste à la recherche de ses modèles théoriques et hésite entre les traditions locales, européennes et nord-américaines. De même elle garde une certaine difficulté à élaborer ses pratiques du fait d'une offre de soins extrêmement faible pour des raisons historiques, politiques et médico-économiques. Le Maroc ne compte que 230 psychiatres dont 4/5 environ exercent en pratique privée. 4/5 des psychiatres marocains sont formés à l'étranger, dont 2/3 en France.

Nos collègues marocains expriment de nombreux besoins portant essentiellement sur la mise en place de rencontres régulières avec les psychiatres étrangers. Ils en attendent, outre la reconnaissance de leur propre existence, des apports théoriques (notamment en matière de FMC) ainsi que des apports pratiques (travail institutionnel, mise en place d'établissements de soins privés, de réseaux de soins, etc.). Dans ce cadre, il m'a été demandé de présenter une communication sur la conception de la FMC que soutient l'AFPEP et la notion d'interformation a été particulièrement bien reçue.

Si la psychiatrie marocaine est une spécialité encore naissante, sa place mérite sans aucun doute d'être reconnue et elle devrait croître très rapidement. Les besoins d'aide sont réels et doivent bien sûr respecter les règles locales. La tradition psychiatrique française reste dominante et, bien qu'elle demande à être adaptée, elle doit aussi être soutenue par notre engagement auprès de nos confrères marocains faute de quoi le modèle nord-américain pourrait fort bien s'imposer à terme.

A l'occasion de ces 6ième Journées, le docteur M. JAMAI de nouveau élu président d e l'AMPEP et nous entendons bien poursuivre et renforcer avec son équipe les liens de partenariat déjà mis en place depuis les XXIXèmes Journées Nationales de la Psychiatrie Privée à Marseille.

Paul LACAZE

Concernant l'accord de réduction du temps de travail

Antoine Besse

Les avenants n° 9 et n° 10 (Annexe 93 de la CCN 66 concernant les médecins spécialistes) sont en cours d'agrément par le Ministère, ils ne sont donc pas applicables pour l'instant.

Les négociations qui se sont déroulées sur l'accord de réduction du temps de travail ont été rudes dans beaucoup d'établissements. En effet, à cette occasion, beaucoup d'arrangement et d'avantages horaires acquis (tacitement ou négociés) favorables aux psychiatres se sont trouvés remis en cause voire annulés car non conventionnels. L'avenant na 10 est donc une chance de compenser les désavantages de ces remises à plat trop brutales en maintenant les anciens horaires conventionnels qui seront payés plus (cf. l'indemnité de R.T.T.).

Dans beaucoup d'endroits, les employeurs n'ont pas voulu accorder l'avantage de l'avenant no10 sous différents prétextes. Il est donc nécessaire et urgent que tous les psychiatres salariés entrent dans les négociations pour défendre leur position.

Par ailleurs, l'avenant 99.01 de la CCN 51 est agréé depis fin décembre 1999. Il est donc applicable.

Pour l'avenir, les syndicats représentant les psychiatres salariés ont demandé audience à la Fédération des Syndicats d'Employeurs.

En outre, les syndicats demanderont une audience auprès du Ministère pour donner leur position sur la réforme en cours de la Loi de 1975.

Enfin, il est également prévu de rencontrer les principales associations nationales qui gèrent les institutions.

Nous restons à la disposition de tous ceux qui veulent plus d'informations.

Antoine BESSE

De la dérive vers le naufrage !

Marc Maximin

Dans les nouvelles actualités en médecine, on voit se profiler des projets tels que

- L'obligation d'information dans la relation médecin- malade...
- L'obligation d'informatisation avec la collecte de données que cela sous tend à long terme.
- L'obligation de validations au long cours des médecins par leurs pairs.

Il semblerait, dans un premier temps, à tout un chacun, que ces démarches de contrôle s'inscrivent dans "un mieux être " de transparence, de conformité et de qualité tant pour les médecins que pour les malades.

Il faut rappeler que la tendance actuelle dominante en psychiatrie vise à réduire l'organisation psychique à des comportements qui s'inscrivent dans du mesurable et du quantifiable...

Cette " approche... " psychiatrique vient s'articuler avec ces mesures de contrôles qui sous un masque apparent de " Bon Sens " cachent et entraînent; une impression première d'irresponsabilité chez les médecins, une perte de la confidentialité, une démarche de classification effrénée, et une obligation de résultats a court terme. Ce qui imposera une médecine avec un discours policée et unique où la moindre déviance sera assimilée à un trouble du comportement.

Cela entraînera un dérapage de la rigueur vers la rigidité, de la responsabilité morale vers la responsabilité pénale avec la prise en compte de l'altérité comme une entité organique décrite en termes de normes et de pathologie.

La médecine, et donc la psychiatrie, doit pouvoir rendre compte et rendre des comptes sans tomber dans un réductionnisme ni trouver des solutions individuelles à des problèmes sociaux.

Le désir de certains d'orienter la médecine vers un "scientisme " qui prétendrait résoudre tous les problèmes humains risque d'amener la psychiatrie à devenir un instrument de pouvoir et de régulation ne prenant en compte l'homme malade que du côté de la maladie (comme symptôme d'un corps défaillant) ou de la déviance.

Marc MAXIMIN (Toulouse)

Décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999, relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et l'analyse de l'évolution des dépenses médicales

NOR : MESP9923640D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment le chapitre V ter ;

Vu la loi no 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, notamment l'article 8, modifié en dernier lieu par l'article 23 de la loi no 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 ;

Vu le décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 26 novembre 1999,

Décrète :

Section 1 - L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles

Art. 1er. - L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Art. 2. - L'évaluation individuelle des pratiques d'un médecin est réalisée à la demande de ce médecin.

Art. 3. - L'évaluation est réalisée par un ou plusieurs médecins habilités. Pour être habilité un médecin doit assurer une activité médicale depuis au moins cinq ans.

L'habilitation à exercer l'évaluation des pratiques est prononcée par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé dans des conditions et selon des modalités définies par l'assemblée

plénière du conseil scientifique de cette agence.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé assure la formation des médecins habilités.

L'habilitation est prononcée pour une durée de cinq ans. L'habilitation ne peut être renouvelée que si la pratique du médecin a été évaluée dans les conditions prévues au présent décret au cours de cette période. Les résultats de cette évaluation sont transmis par le médecin concerné au directeur de l'agence en vue du renouvellement de l'habilitation. Les modalités d'application de ces dispositions aux médecins n'exerçant pas d'activité médicale à titre libéral sont fixées par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé dans des conditions et selon des modalités définies par l'assemblée plénière du conseil scientifique de ladite agence.

La liste des médecins habilités est transmise par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé aux sections constituant les unions des médecins exerçant à titre libéral.

Art. 4. - L'évaluation des pratiques professionnelles est menée à partir de guides d'évaluation professionnelle, élaborés ou validés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les guides d'évaluation permettent aux médecins qui le souhaitent de procéder à une auto-évaluation de leurs pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles prend en compte les recommandations de bonne pratique, les référentiels de pratique et les références médicales, mentionnées à l'article L. 791-2 du code de la santé publique et à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale, de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Les sections constituant les unions assurent la diffusion des guides d'évaluation auprès des médecins concernés relevant de leur compétence.

Art. 5. - L'évaluation des pratiques professionnelles est organisée localement par les sections constituant les unions, qui reçoivent les demandes des médecins intéressés et font appel aux médecins figurant sur la liste mentionnée à l'article 3.

La récusation d'un médecin habilité ne peut être motivée par le médecin demandeur d'une évaluation de sa pratique professionnelle qu'au motif d'un conflit d'intérêt. Elle est formulée auprès du président de la section constituant l'union.

Art. 6. - L'évaluation individuelle est réalisée au lieu d'exercice du médecin dans le respect du secret professionnel. Le ou les médecins habilités peuvent consulter, sur leur demande, les dossiers ou documents médicaux rendus anonymes.

Le ou les médecins habilités procèdent au nombre de visites d'évaluation qu'ils estiment nécessaires.

Après ces visites d'évaluation et à l'issue d'une phase contradictoire, ils formulent par écrit au médecin concerné leurs conclusions, des recommandations visant à l'amélioration de la pratique du médecin évalué et, le cas échéant, des réserves.

A l'issue des visites d'évaluation, le ou les médecins habilités informent la section constituant l'union de l'achèvement du cycle d'évaluation. Cette dernière informe le conseil départemental de l'ordre des médecins au tableau duquel le médecin évalué est inscrit que le médecin a suivi un cycle d'évaluation de sa pratique.

Lorsque le médecin a satisfait sans réserve à l'évaluation de sa pratique professionnelle, la section constituant l'union adresse au médecin évalué et au conseil départemental une attestation. Le médecin peut, dans ce même cas, en faire mention selon les dispositions prévues à l'article 79 du code de déontologie médicale en précisant la date de délivrance de l'attestation.

Lorsque au cours de l'évaluation sont constatés des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients, le ou les médecins habilités le signalent au médecin concerné, qui peut leur formuler ses observations. Le ou les médecins évaluateurs proposent au médecin concerné les mesures correctrices à mettre en oeuvre et assurent le suivi. En cas de refus par le médecin concerné de ces mesures ou si le suivi fait apparaître la persistance des faits ou manquements de même nature, le ou les médecins habilités sont tenus de transmettre immédiatement leur constat circonstancié au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Art. 7. - Les médecins habilités perçoivent au titre de ces fonctions le remboursement des frais de déplacement par les sections constituant les unions dans des conditions fixées par le règlement intérieur desdites sections. Ce règlement intérieur prévoit l'attribution par la section constituant l'union d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal, par réunion d'une demi-journée, à douze fois la valeur de la consultation du médecin généraliste telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 162-5-2, L. 162-5-9 ou L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Section 2 - L'évaluation collective des pratiques

Art. 8. - L'évaluation collective des pratiques vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de confronter ses pratiques à celles de ses confrères ou aux référentiels des pratiques élaborées ou validées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Art. 9. - L'évaluation collective des pratiques est organisée par les sections constituant les unions. Elle peut notamment prendre la forme de réunions associant des médecins d'activité similaire en vue de l'analyse de cas cliniques relevant de la pratique de ces médecins rendus anonymes vis-à-vis des patients et des écarts entre l'activité de ces médecins et les référentiels de pratique.

Art. 10. - Les actions concourant à l'évaluation collective des pratiques sont conduites par des médecins habilités dans les conditions prévues à l'article 3 du présent décret.

Art. 11. - Les médecins habilités perçoivent au titre de ces fonctions le remboursement des frais de déplacement par les sections constituant les unions dans des conditions fixées par le règlement intérieur desdites sections. Ce règlement intérieur prévoit l'attribution par la section constituant l'union d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal, par heure, à trois fois la valeur de la consultation du médecin généraliste telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 162-5-2, L. 162-5-9 et L. 162-38 du code de la

sécurité sociale.

Section 3 - Analyse de l'évolution des dépenses

Art. 12. - L'analyse de l'évolution des dépenses est réalisée trimestriellement par les sections constituant les unions de médecins exerçant à titre libéral.

Les unions régionales de caisses d'assurance maladie transmettent, au plus tard dans un délai de deux mois à l'issue de chaque trimestre civil, les données nécessaires aux sections pour qu'elles puissent procéder à cette analyse.

L'analyse de l'évolution des dépenses consiste en une présentation de l'activité des médecins ainsi que de leurs prescriptions au niveau régional et départemental. Cette présentation distingue les diverses spécialités. Elle comporte une comparaison entre les données départementales, régionales et nationales.

Cette analyse est transmise au plus tard dans un délai de trois mois à l'issue de chaque trimestre civil au représentant de l'Etat dans les régions. L'Etat assure la diffusion par voie électronique des analyses réalisées par les unions de médecins.

Section 4 - Dispositions générales

Art. 13. - Les médecins habilités sont soumis aux obligations énoncées à l'article R. 791-4-2 du code de la santé publique.

Art. 14. - Les médecins habilités établissent chaque année, dans le respect de l'anonymat dû aux médecins évalués, un rapport retraçant leur activité d'évaluation qu'ils transmettent aux sections constituant les unions.

Les sections constituant les unions transmettent annuellement à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé un rapport d'activité sur l'évaluation présentant l'ensemble des actions qu'elles ont menées et proposant toute mesure visant à l'amélioration des pratiques professionnelles, en particulier en ce qui concerne la formation médicale continue.

Art. 15. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 décembre 1999.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

Le ministre de l'économie,des finances et de l'industrie,

Christian Sautter

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

Jean Glavany

La secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale,

Dominique Gillot

Décret du 28 décembre 1999 - Commentaires

Jean-Jacques Laboutière

L'évaluation des pratiques médicales constitue l'un des piliers de la politique de santé actuellement menée par les Pouvoirs Publics. Cette préoccupation vient de se manifester par un décret publié le 28 décembre dernier par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité relatif à *" l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales ".*

Ce décret, dont nous publions le texte intégral ci-après, instaure la possibilité (en attendant l'obligation ?) de deux modalités d'évaluation des pratiques: **individuelle et collective**. Si la promotion de la qualité des soins est évidemment un objectif avec lequel chacun ne peut que tomber d'accord, le cadre réglementaire ainsi donné à l'évaluation des pratiques médicales ne va pourtant pas sans poser certains problèmes de fond. En outre, le même décret confie aux Unions régionales de Médecins Libéraux (les URML pour lesquelles nous allons prochainement voter) une mission de **surveillance des dépenses de santé** qui risque fort de transformer ces instances représentatives de la profession et financées par elle en nouvelles instances de contrôle.

I. Le contenu du décret

Avant de discuter ces points, il convient toutefois de rappeler les grands principes de l'évaluation tels qu'ils sont posés par le décret.

A. Le cadre réglementaire de l'évaluation

Qu'elle soit individuelle ou collective, l'évaluation des pratiques ne peut se faire que sur la base du **volontariat**.

Cette évaluation sera conduite par un ou plusieurs **médecins évaluateurs** formés et habilités par l'ANAES pour une durée de cinq ans. Leur fonction ne peut être prolongée au-delà de ce délai que dans la mesure où ils se sont eux-mêmes soumis de manière probante à la procédure d'évaluation au cours de leur mandat. Ces médecins habilités fonderont l'évaluation des pratiques médicales sur les recommandations élaborées par l'ANAES. En ce qui concerne les praticiens libéraux, il sera de la responsabilité des Unions Régionales de Médecins Libéraux de diffuser ces recommandations.

Dans le cas d'une évaluation individuelle, cette dernière sera réalisée sous forme d'une ou plusieurs visites au cabinet du médecin évalué. Les dossiers médicaux de ce dernier ainsi que tous documents jugés pertinents pourront être examinés par le médecin évaluateur mais à condition d'avoir été préalablement anonymisés.

En ce qui concerne l'évaluation collective, elle sera pratiquée sous la forme de groupes de pairs mis en place par les médecins évaluateurs, dans le cadre desquels pourront être discutés des cas cliniques.

Quelle que soit la modalité choisie, individuelle ou collective, et après une phase de discussion contradictoire entre médecin évaluateur et évalué, le médecin évaluateur rendra des conclusions qui pourront éventuellement comprendre des propositions de correction des pratiques, voire des réserves sur la qualité des soins.

Parallèlement, les médecins évaluateurs informeront l'Union Régionale des Médecins Libéraux ainsi que le Conseil Départemental de l'Ordre dont dépend le médecin évalué que ce dernier a suivi un cycle d'évaluation de sa pratique.

Dans le cas où le médecin a satisfait sans réserve à l'évaluation de sa pratique professionnelle, il en recevra confirmation par une **attestation** dont le double sera adressé au Conseil Départemental de l'Ordre dont il dépend. Il lui sera permis de faire état du succès de cette évaluation dans les limites de l'article 79 du Code de Déontologie.

En revanche, dans le cas où des réserves seraient formulées par les médecins évaluateurs, ces derniers proposeront des mesures de correction et assureront la surveillance de la mise en œuvre de ces mesures. Au cas où le médecin refuserait d'appliquer ces mesures, ou bien si la surveillance faisait apparaître la persistance de manquements de même nature, les médecins évaluateurs seraient alors tenus d'alerter le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins afin qu'il prenne les mesures qu'il jugera opportunes.

B. Analyse de l'évolution des dépenses

Ce décret instaure par ailleurs une analyse régulière de l'évolution des dépenses de santé. Elle devra être réalisée trimestriellement par les Unions Régionales de Médecins Libéraux. Ces dernières recevront régulièrement des Caisses d'Assurance Maladie les données nécessaires et devront distinguer pour chaque spécialité d'une part l'activité des médecins et d'autre part leurs prescriptions, ces données étant en outre déclinées au niveau régional et départemental. Des comparaisons devront enfin être établies entre les données départementales, régionales et nationales. Les résultats de cette analyse seront transmis chaque trimestre au représentant de l'État dans les Régions.

II. Promotion de la qualité ou normalisation des pratiques ?

Chacun d'entre nous est soucieux de la qualité des soins qu'il dispense et consacre évidemment une part significative de son travail à l'entretenir voire à l'améliorer. Les psychiatres sont d'ailleurs à ce titre particulièrement exemplaires, qui sont parmi les médecins qui consacrent le plus de temps à leur formation continue. Notre premier mouvement pourrait donc être, pourquoi pas, de nous féliciter qu'un dispositif réglementaire vienne nous permettre de faire reconnaître officiellement la qualité de nos pratiques.

Malheureusement, nous voyons reparaître dans ce décret le piège que le SNPP avait déjà eu l'occasion de dénoncer en 1996 à l'occasion de la mise en place de la FMC obligatoire: de même que nous mettions à l'époque en garde contre une obligation de formation qui ne viserait en fait qu'à enseigner des procédures soignantes subordonnées au principe d'économie des dépenses de santé, et que nous revendiquions au contraire une FMC adaptée aux spécificités de nos pratiques, nous devons de la même manière dénoncer ici un projet d'évaluation avant tout destiné à infléchir les pratiques vers des protocoles de soins standardisés et supposés être les plus " rentables ".L'article premier du décret ne laisse sur ce point aucune ambiguïté, dans lequel il est écrit en toutes lettres que l'évaluation des pratiques " permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ". L'introduction dans le même texte d'une procédure d'analyse des dépenses de santé par les Unions Régionales ne laisse en outre aucun doute sur la finalité avant tout économique de ce décret.

Reconnaissons pourtant que ce premier cadre réglementaire -car il sera sans nul doute suivi par d'autres " perfectionnements " plus contraignants au train où vont les choses -est assez souple pour paraître acceptable. **L'évaluation reste une démarche volontaire**. Elle est réalisée par des médecins qui sont eux-mêmes des praticiens, et elle respecte un minimum de confidentialité, du moins tant que le processus n'est pas arrivé à son terme. Il y a là incontestablement de bonnes idées, dont certaines avaient déjà été proposées par nos confrères de l'AME, qui auraient mérité bien mieux que d'être d'emblée dévoyées par l'objectif implicite de contrôle des dépenses de santé.

Mais, au risque peut-être d'être accusé d'un conservatisme timoré, peut-on sérieusement accepter sereinement de voir s'établir une telle conception de l'évaluation de la qualité des soins dans une discipline où l'adaptation de la réponse thérapeutique à la singularité de chaque patient est le fondement même de la qualité des soins? Certes, l'ANAES apporte sa caution au dispositif et une telle autorité devrait sans doute nous rassurer, mais n'oublions pas trop vite l'exemple des R.M.O. : bien que la pertinence des travaux de l'ANAES qui les ont fondées soit avérée, elles n'en ont jamais été que des caricatures.

Force est de constater que, dans ce décret, la qualité des soins n'est pas posée comme ce qu'elle devrait être, c'est-à-dire l'élaboration que chaque praticien peut et doit faire de sa propre pratique, en collaboration avec ses pairs, à la recherche de la meilleure réponse thérapeutique possible pour un patient donné; elle est au contraire conçue comme la mesure de l'écart à une **norme** de la pratique, norme elle-même élaborée hors de la pratique réelle de chacun, et dont on peut redouter que, si fondée qu'elle puisse être sur le plan théorique, elle ne conduise inévitablement le praticien à s'y soumettre s'il veut obtenir son label de qualité.

C'est bien pourquoi, si nous espérons sincèrement que la mise en œuvre de ces procédures d'évaluation vienne démentir nos craintes actuelles, il demeure que, en l'état, ce décret ne peut que nous conduire à exprimer les plus extrêmes réserves quant à son efficacité pour promouvoir une réelle qualité des pratiques en psychiatrie.

Jean-Jacques Laboutière

Filiation et transmission psychanalytiques

Linda Sarfati

Actuellement, notre mode d'exercice est menacé de disparition. Je souhaite défendre la place de la psychiatrie et de la psychanalyse dans le champ de la médecine.

Si la psychanalyse est de plus en plus contournée dans la pratique de la psychiatrie, au bénéfice des "thérapies brèves", chimiques ou autres, témoins de l'air du temps, l'Inconscient est incontournable. Le refoulé se fraie toujours un chemin.

La clinique remonte aux origines de la civilisation, qu'elle soit Égyptienne, Grecque ou Latine. Elle commence avec la parole.

Le médecin traduit les symptômes offerts par le malade, en signes; traduction qui permet de passer du registre plus ou moins confus, enchevêtré, qu'est le discours du malade, au registre "épuré", clarifié, du discours médical, c'est-à-dire un discours qui se veut scientifique.

Il n'y a nul sujet derrière le symptôme dans le discours médical. C'est sans doute grâce à cette distinction entre malade et maladie que la médecine occidentale a pu se développer.

Ce que Freud découvrit avec la **psychanalyse**, c'est le fait qu'on pouvait se rendre malade de n'avoir pas l'usage des mots pour dire le plus vif de son expérience et qu'on pouvait guérir en trouvant ces mots, pour peu qu'il y ait un autre capable de l'entendre.

Si la science vise à montrer la réalité objective, la psychanalyse tend à fonder l'objet dont nous ne saurions rien si ce n'est qu'il est cause de désir. Par là elle reconnaît au sujet une place qu'au contraire la science tend à évacuer en constituant un discours où le sujet de l'énonciation n'a aucune place, puisque la vérité énoncée par elle doit être indépendante de celui qui l'énonce.

La dichotomie entre psyché et soma tend à effacer la nouveauté de la voie psychanalytique.

La pulsion, il convient de le rappeler, est un concept majeur de la théorie freudienne et c'est précisément à l'occasion de sa définition que Freud se trouve contraint d'abandonner l'opposition du psychique et du somatique.

La psychiatrie ne peut tenir le langage étiologique de la médecine sans aboutir à une sorte de contemplation. Dans la perspective médicale, les symptômes psychiatriques n'ont plus aucun sens: la cause dont ils devraient être le témoin, échappe: ils ne font que renvoyer à des maladies qui, en retour, n'ont d'autre définition que symptomatique.

Comme exemple, cela fait plus de 20 ans que j'entends parler de la cause génétique de telle ou telle psychose sans aucune démonstration qui tienne et avec comme effet de clore toute recherche...

Il existe un formidable arsenal thérapeutique chimique pour apaiser les symptômes. Et il n'est pas question ici de plaider pour s'en passer. Mais de dire notre farouche opposition à la biologisation croissante de la psychiatrie. Cet apport thérapeutique ne doit en aucun cas devenir camisole chimique.

Même si le patient se représente sa souffrance comme étrangère à lui même, il peut, pour peu que quelqu'un l'écoute, la reconnaître comme participant de son désir. (Les psychiatres ne prescrivent que 20% des psychotropes, du fait qu'ils écoutent leurs patients et ceux qui préconisent des économies méconnaissent cet aspect pourtant mesuré).

L'écoute en question n'est pas nécessairement et toujours une cure psychanalytique. Le patient n'en a pas forcément la demande. Et si cette demande se pointe, il en saura l'adresse.

Je ne soutiens pas " l'hégémonie d'un modèle" pour reprendre les propos d'un collègue. D'autant que la psychanalyse n'est ni un modèle ni un discours totalisant et que, je le répète, le patient repère, à mon avis, à qui il va adresser sa demande.

Ce sont quelques-unes des raisons pour que le libre accès au psychiatre de son choix soit maintenu et que la psychanalyse ne soit pas exclue, interdite dans notre pratique.

Rendez-vous compte du progrès: 1923, Édouard Toulouse introduisait la psychanalyse à Sainte Anne; à présent, on se fait poursuivre pour cet exercice dans le cadre de notre pratique !

J'en arrive à la question de la **formation**.

La médecine est une science que l'on enseigne.

La pharmacologie s'enseigne.

La clinique psychiatrique est un point de départ pour l'enseignement de la psychiatrie.

La psychanalyse ne peut pas s'enseigner et les concepts qui s'y découvrent sont l'œuvre de l'analyse personnelle. Et c'est dans un rapport original que l'on peut considérer ce qui se joue entre l'analyse personnelle et la théorie, la théorie et la pratique, la théorie et la technique. La théorie analytique se différencie de toute autre démarche scientifique en ce que l'analyse a partie liée avec le transfert.

Tout acte médical a partie liée avec le transfert. Mais pour la psychanalyse, le transfert est un axe opératoire du traitement.

À propos de la **transmission** de la psychanalyse, terme plus heureux que celui de formation, il n'aura échappé à personne qu'il y a eu de la scission dans l'air à chaque fois que la question aura été posée dans les groupes d'analystes...

Filiation: de filius, fils (fille). Silence sur l'origine.

Lancinante question du Père qui traverse l'œuvre de Freud : le complexe d'Oedipe, Totem et Tabou; Moïse et le monothéisme.

Plus tard, Lacan aborde cette question notamment avec l'écriture de l'objet a. Écriture dont je soutiens qu'elle prolonge l'invention Freudienne et nous éclaire sur le malaise dans la civilisation, la nôtre en particulier, et de laquelle je vais vous livrer ma lecture.

Cet objet, nous n'en saurions rien, sinon qu'il est cause du désir. C'est en tant que substitut de l'Autre que les objets oraux, anal, scopique, vocal, sont demandés. C'est par les moyens des fantasmes qu'ils sont identifiés à l'objet cause du désir.

On ne demande que parce qu'on désire mais ce qu'on désire on ne le sait pas.

Autrement dit, il y a des objets, objets de la demande, qui représentent, par l'intermédiaire de l'Imaginaire et des fantasmes, pour de l'objet qui manque et qui, du fait qu'il manque, est cause du désir.

Autrement dit, le désir inconscient, ce n'est pas le désir de quelque objet que ce soit. C'est une énigme. C'est comme manque à exister que l'objet a se manifeste comme objet.

Le lieu de l’Autre, à savoir le lieu de la vérité, est troué et l'objet a constitué le trou qui se désigne dans l’Autre. Lieu de l'Autre qui n'existe pas comme une place. Lieu du fantasme fondamental, c'est-à-dire originaire.

Il pourra se fabriquer et se dévoiler des fantasmes, l'accès au fantasme fondamental, originaire, sera toujours barré, inactualisable.

Il en est de même pour le signifiant et le signifié. Il y a une barre entre eux, infranchissable, qui fait qu'un signifiant ne peut se signifier lui même. Il ne signifie rien du tout. Il n'est pas identique à lui même. Il représente pour du sujet auprès d'un autre signifiant.

Si j'ai fait appel à ce point de "théorie", c'est qu'il me semble fondamental pour entendre et soutenir mon propos.

Si l'on pensait que Le Père, l'Origine, existent comme tels ; si l'on pensait qu'il pouvait exister l'origine commune, freudienne, lacanienne, ou bien la formation des psychanalystes, des psychiatres..., ce serait une réflexion qui viendrait du miroir.

Si on se mettait à croire en une fiction, si on la croyait vraie, on serait entrés en religion et du même coup en guerre de religion.

Il me semble que c'est un abord utile pour entendre de quoi il retourne dans les scissions à l'intérieur des courants analytiques.

Les signifiés analyste, freudien, lacanien, nous aurions à les entendre au niveau de leurs effets de signifiant. Ce ne sont pas des identités fixes à des places fixes. La "formation" serait tout autant à entendre comme un signifiant. La formation et aussi bien la déformation, ça circulerait, entre nous, d'autant qu'il y a du manque à la formation et que c'est une raison qui fait que l'on cause toujours.

Il n'y a pas de rapport entre une **Éthique** et quelque origine que ce soit, si elle est tenue pour vraie, identique à elle- même.

Le savoir, le savoir de l'inconscient, n'a aucun rapport avec la vérité, le vrai. Le paradoxe est qu'il faille en passer par le vrai pour avoir accès à ce savoir dont il n'est pas question d'avoir une idée. Ce vrai, il passe par des signifiés, des énoncés. Ils peuvent avoir des effets de signifiant, d'énonciation, de sujet.

En quoi consiste le processus analytique ? À défixer des identités, pour laisser fonctionner du manque à l'identité; à déplacer du manque de quelque chose pour laisser fonctionner du manque à sa place.

Il serait question de transmettre du manque à la place, du manque à l'identité, du manque à la place de l'origine qu'il n'y a pas comme telle, du manque n'ayant aucune espèce de valeur d'échange.

Ce qui occasionne notre difficulté à en parler, notre tendance à nous embrouiller dans nos énoncés.

Si vous m'avez suivie, vous aurez entendu comment le processus analytique se propose comme issue de tout discours totalisant, voire totalitaire.

Et il ne serait pas plus question d'effectuer une analyse, d'être analyste, freudien, lacanien, comme on se placerait derrière un étendard, soit un trait unique, pour reprendre l'expression de Freud.

Autant dire que l'origine bonne ou pure de la psychanalyse tout autant que la psychanalyse "pure" seraient un mythe ou un idéal. Les idéaux de pureté ça peut mener sur certaines pentes...

Je vous raconte ça en écho à des propos que j'ai entendus et qui sont souvent tenus. Il n'y a pas à les prendre au pied de la lettre mais cela m'a provoqué un frisson. Je pense que ce collègue voulait parler de la cure analytique dite classique. Ce frisson est aussi une illustration de comment on peut se prendre la main dans le sac de ramener un dire au seul rang de signifié, ça peut faire réagir...

Ce que je soutiens, c'est qu'il est possible de faire un travail sur l'inconscient dans notre pratique, qu'on arrive à la "cure-type" ou non, d'autant qu'il s'agit d'un idéal.

Je pense qu'il faut se battre pour pouvoir continuer de le faire.

L'Inconscient, pour la théorie analytique, n'est jamais qu'une hypothèse.

C'est en quoi cette théorie est une science qui se distingue cependant du discours scientifique courant.

Si l'origine est barrée, la garantie (de la vérité et de l'erreur) l'est tout autant. Sinon, nous serions mal barrés! Si la "cause Il est perdue, nous ne sommes tenus de la soutenir!

Nous avons à redoubler de vigilance. L'État veut contrôler notre discipline sous prétexte d'en contrôler le coût. Il est aussi question de contrôler notre formation dans ses contenus et par son financement.

Certains offrent un label de "formation d'origine -contrôlée -garantie " ! Distributeurs garants d'un savoir correct...

L'enjeu serait pour certains, le pouvoir et/ou l'argent. Pour d'autres, pour nous, un problème d'éthique.

Linda SARFATI (Marseille)

La qualité de notre vie professionnelle

Martine Burdet-Dubuc

En répondant très nombreux à l'invitation du S.N.P.P., le 17 janvier au musée du Louvre, les psychiatres de la région Ile de France ont montré leur mobilisation pour les prochaines élections aux Unions Régionales de Médecins Libéraux.

Ces élections auront lieu le 29 mai 2000. Si elles existent depuis six ans déjà, bien peu y ont pris garde mais aujourd'hui elles devraient jouer un rôle déterminant dans la réforme de notre système de santé. Elles auront en effet la possibilité de détenir au même titre que les caisses des informations qualitatives et quantitatives sur notre activité. C'est notamment à partir de ces informations que les unions organisées régionalement devraient instituer le processus d'évaluation des pratiques.

Cette réunion, organisée avec la C.S.M.F. qui était représentée par le Dr Bernard Huynh, président du syndicat C.S.M.F de Paris et président de l'Union Régionale Ile de France et en présence du président du S.N.P.P. le Dr Gérard Bles, informait des enjeux importants de ces prochaines élections ainsi que des deux candidats du S.N.P.P. pour lesquels vous serez appelés à voter le 29 mai: le Dr Claude Gernez, psychiatre dans le Val d'Oise et moi-même psychiatre du Val de Marne et vice-présidente du Syndicat National des Psychiatres Privés.

Pourquoi des psychiatres dans les Unions ? justement car nos pratiques, très spécifiques, s'adressent aux mêmes patients que nos confrères, nos critères d'évaluation alors pourront être entendus de tous, interlocuteurs sociaux et confrères de médecine somatique.

Certes la politique actuelle de réduction de l'effectif des psychiatres pourrait laisser penser que notre pratique va inexorablement se simplifier, se mécaniser, se standardiser, voire s'automatiser, ne serait-ce que

pour faire face à une demande qui ne cesse de croître. Face à ce piège il nous appartient de refuser toute dénaturation de nos actes de soins.

Inlassablement, nous devons argumenter, expliquer , défendre nos pratiques et plus particulièrement la relation psychothérapeutique si profondément liée à l'acte psychiatrique qu'il en serait dénaturé si d'autres opérateurs venaient là pour les dissocier.

Selon toute vraisemblance comme les demandes de consultations psychiatriques vont encore s'accroître notamment par de nouveaux accès aux soins (C.M.U.) que nous approuvons, il faudra prendre garde de ne pas accepter de distribuer des soins au rabais. C'est aussi pour cela que les psychiatres doivent s'engager dans une démarche unitaire réunissant les psychiatres publics et privés.

Tout l'avenir de la psychiatrie se joue aujourd'hui et nous devons être présents partout où nous pouvons la défendre !

Nous avons conclu sur le point fondamental de **participation au vote** du mois de mai pour ces élections professionnelles, afin que vos règles éthiques et vos conceptions de notre métier puissent se maintenir.

Martine BURDET-DUBUC

Le SNPP demande un CNPsy à 250 francs

Gérard Bles

Nombreux sont ceux d'entre vous qui s'inquiètent de la stagnation de nos honoraires. Conscient de ce problème le S.N.P.P. a interpellé le Dr Christian LE GOFF; président de l'U.ME.SPE sur cette question.
Nous publions ci-dessous la lettre que Gérard BLES a adressée à ce dernier le 14janviel: On notera que la proposition de l'U.ME.SPE. de revaloriser la consultation des spécialistes de 10 francs ne nous paraît pas acceptable et c'est à 250 francs au moins que devrait selon nous être évalué le CNPsy.
L'U.ME.SPE a rencontré la CNAM TS le 15 février dernier à ce propos mais cette réunion n'a été suivie d'aucun effet pour l'instant, la " négociation " jouant sur des montants dérisoires à des conditions très " sélectives ". Nous y reviendrons.

Jean-Jacques Laboutière

Mon Cher Président et Ami,

Voici revenue la saison des revendications tarifaires. Le narcisse perce sous la couche des honoraires gelés, éveillé par le vent tiède des prémices électorales...

Trêve de métaphores. Même si la logique d'une gestion par enveloppe, asservie à l'ONDAM mais nullement ordonnée à l'équilibre de la gestion des cabinets médicaux ou à la préservation des revenus libéraux, même si cette logique donc n'a que faire d'un réajustement des honoraires en soi (qui ne pourrait être que récompense -ou sanction ? -des résultats de l'introjection par les praticiens des impératifs économiques des tutelles), il est sain de rappeler qu'il n'est aucune activité de production qui puisse s'accommoder d'une stagnation pendant plusieurs années de ses ressources alors que ses prix de revient augmentent et que tout gain de productivité

(en l'occurrence le nombre d'actes) lui est en principe interdit -par choix politique ou de par la nature même de cette activité (ce qui est le problème des psychiatres...).

Que les spécialistes, donc, après les généralistes, réclament une progression -modeste -de la valeur relative de leurs actes n'est que légitime, même si les pessimistes jugent de son irréalisme...

10 francs demande l'U.ME.SPE pour la consultation spécialisée... Force nous est de constater que, comme il fut de tout temps habituel, le CNPsy n'est pas ici particularisé dans sa spécificité, oublié depuis des années et régressant régulièrement dans son rapport aux autres actes de consultation. Il y a 5 ans je crois, tout le monde ou presque s'accordait à reconnaître qu'un CNPsy à 250 francs (soit + 25) constituerait un simple rattrapage au regard d'une inacceptable dégradation. Il me semble qu'aujourd'hui cette exigence serait encore plus justifiée, alors qu'un un + 15, qui n'est d'ailleurs pas évoqué, aurait le tort d'afficher une simple proportionnalité que tout le monde (?) récuse et qui ne résoudrait nullement l'obstinée position des psychiatres au bas de l'échelle des revenus. A moins que l'on ne prétende nous inciter à une stakhanovisme que nous sommes les premiers à refuser pour des raisons qualitatives et éthiques.

Donc

1) ne nous oublies pas dans tes prières,

2) si le + 15 a l'avantage de la banalité au regard des autres spécialités, le + 25 aurait le mérite d'afficher la reconnaissance de nos difficultés spécifiques et donc - paradoxalement- ferait preuve d'un certain réalisme.

Gérard BLES

Les enjeux du Congrès Jubilaire de la WPA

Jean-Jacques Laboutière

C'est à Paris que l'Association Mondiale de Psychiatrie a tenu son premier congrès en 1950. C'est à Paris qu'elle revient pour fêter son cinquantième anniversaire du 26 au 30 juin prochain. Malheureusement, entre ces deux dates, la place de la psychiatrie française sur la scène internationale a connu un incontestable déclin au profit du modèle nord américain. Si la France fournit 8% de l'effectif mondial des psychiatres, son influence au sein de l'Association Mondiale de Psychiatrie n'est plus qu'un pâle reflet de cette importance numérique. One world, one language ! L'abandon du français comme langue officielle de l'AMP au profit de la seule langue anglaise lors de l'Assemblée Générale de Madrid en 1996 n'en est-il pas l'indice le plus éloquent?

En confiant l'organisation de ce congrès à la Fédération Française de Psychiatrie, les six sociétés françaises affiliées à l'Association Mondiale de Psychiatrie, dont l'AFPEP, ont voulu que toutes les associations françaises participent à cet événement qui doit marquer le point de départ d'une reconquête de l'influence à laquelle la psychiatrie française dans son ensemble peut légitimement prétendre hors de nos frontières. Les moyens mis en œuvre sont à la mesure de cette ambition: 5000 psychiatres venant du monde entier sont attendus et 800 communications, par des orateurs venant de 43 pays, sont d'ores et déjà programmées. Enfin, pour souligner encore l'importance de l'événement, les six sociétés françaises affiliées à l'Association Mondiale de Psychiatrie ont renoncé à l'organisation de leurs Journées Nationales pour l'année 2000.

La psychiatrie privée sera bien sûr représentée dans le cadre de ce Congrès. L'AFPEP y organise pour sa part trois symposia : l'un sur les états limites, le second sur les troubles de la personnalité et le troisième sur les

pratiques privées en Europe. Ce dernier symposium sera en outre le prélude du séminaire résidentiel qui se tiendra en Guadeloupe en octobre prochain et qui étudiera des pratiques privées dans l'ensemble de la francophonie.

Cependant, l'enjeu fondamental de ce Congrès consiste avant toutes choses à rompre radicalement avec nos attitudes actuelles face à la psychiatrie internationale. Depuis de trop nombreuses années, les psychiatres français -et notamment nous-mêmes, psychiatres privés, redoutant non sans raison d'être un jour submergés par le modèle américain -avons tendance à nous enfermer dans une position défensive. Ne serait-il pas temps, au contraire, que nous prenions l'initiative en affirmant de nouveau à la face du monde la valeur propre de la tradition psychiatrique à laquelle nous appartenons, comme ce fut précisément le cas lors du premier congrès de 1950 ? C'est dans ce but avant tout que tous les psychiatres de France, y compris les praticiens de terrain que nous sommes, doivent renouer le dialogue avec leurs collègues des cinq continents.

Ce Congrès Jubilaire de l'Association Mondiale de Psychiatrie exprime un sursaut décisif et salutaire de la psychiatrie française qui ne doit pas rester sans suite. Il est le premier temps d'une entreprise de reconquête de l'espace international dont nous-mêmes bénéficierons directement : face à l'hégémonie de certains modèles, la reconnaissance de la qualité de nos pratiques à l'étranger ne peut que contribuer puissamment à les défendre à l'intérieur même de nos frontières.

L'étape suivante consistera à parvenir à unifier la représentation, actuellement trop éclatée, de la psychiatrie française au sein de l'Association Mondiale avant la prochaine Assemblée Générale de l'Association Mondiale en 2002, préalable indispensable pour regagner le pouvoir d'infléchir les dérives que nous redoutons le plus du fait de l'hégémonie nord américaine actuelle (abandon de la psychopathologie, standardisation des soins, évaluation purement quantitative des pratiques, éviction de la psychothérapie de la pratique du psychiatre, etc...).

C'est assez dire l'importance de votre participation: venez nombreux et n'hésitez pas à en parler autour de vous.

Jean-Jacques Laboutière

Télétransmission - Pour le Bureau du SNPP

Jean-Jacques Laboutière

" Ne pas télétransmettre peut-il, à long terme, constituer une réponse individuelle ? Ou bien au contraire, notre volonté majoritaire et notoire de ne pas télétransmettre peut-elle s'organiser de manière collective ? " C'est la question que pose un de nos confrères dans une lettre adressée récemment à l'ensemble des psychiatres privés, et accompagnée d'un appel dans lequel nous relevons également cette demande: " Nous souhaitons que notre combat soit conforté par un mot d'ordre clair des syndicats qui se sont déclarés opposés à ce dispositif. "

Le SNPP a une position extrêmement claire sur ce sujet. Dès qu'il en a été question, en 1996, nous avons exprimé une opposition sans réserve à la télétransmission, fondée avant tout sur les risques inacceptables qu'elle implique pour la confidentialité, que ceux-ci soient liés au manque de sécurité bien connu du fonctionnement des réseaux informatiques ou bien, dans la perspective de la future carte Sesam Vitale 2, au contenu du volet d'information médicale dont il nous paraît inimaginable qu'il enregistre la trace de consultations psychiatriques, et a fortiori de diagnostics. D'autres aspects du problème, tels que le fait qu'il

n'est pas acceptable que les données soient transmises aux seules Caisses sans que la profession en dispose également, ou bien les considérations de coûts, d'investissements, de maintenance, l'absence de dédommagement significatif pour le praticien réalisant le travail, contribuent également à notre contestation mais restent secondaires au regard du principe éthique fondamental de menace du secret médical sur lequel repose ayant tout notre opposition.

En 1997, nous avons rencontré le cabinet du Secrétaire d'État à la Santé ainsi que le Service Médical de la CNAMTS pour leur faire part de notre hostilité. Nous avons obtenu à l'époque des assurances uniquement verbales qu'il serait tenu compte d'un exigible respect de l'intimité du patient en psychiatrie lors de l'utilisation, à terme, de Sésam Vitale 2. Dans cette perspective de contestation, nous avons également appelé sans ambiguïté nos adhérents à refuser de signer le contrat d'aide à l'informatisation proposé par les Caisses en 1998. La position du SNPP a fait la matière de nombreux éditoriaux et articles dans le BIPP depuis 3 ans.

Les psychiatres privés doivent cependant savoir que la donne a changé au cours du mois d'août 1999. Un arrêté daté du 12 août, portant modification du règlement conventionnel minimum, fait de la télétransmission une obligation légale pour tous les spécialistes, ce qui n'était pas le cas jusque-là.

Néanmoins, notre position sur la télétransmission demeure aussi ferme ainsi qu'en témoigne le BIPP n° 24 daté de décembre 1999 et les articles de ce numéro 25. Considérant que, à l'heure actuelle, les moyens techniques nécessaires à assurer la télétransmission dans de bonnes conditions ne sont de toute façon pas encore mis en place, que, de surcroît, seule une faible minorité des praticiens, de l'ordre de 15 %, pratique actuellement la télétransmission, nous sommes convaincus que de continuer à s'abstenir constitue un message "politique" clair, propre à étayer le combat syndical dans sa spécificité professionnelle, sans compromettre la sécurité juridique de chacun pour l'instant.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

Que penser du cafouillage de la télétransmission ?

Yves Froger

Le cheminement actuel de ce projet, ne manque pas de nous remettre en mémoire les précédentes tentatives de passage en force du gouvernement et des tutelles à propos du carnet de santé, de la formation médicale continue, du reversement des honoraires, et dont il convient de rappeler qu'aucun d'entre eux n'a abouti.

Les raisons de ces échecs sont connues: absence totale de négociation avec les représentations professionnelles, au premier rang desquelles les syndicats, et mépris des arguments développés par les médecins sur toutes ces questions.

Le dossier TÉLÉTRANSMISSION est entrain de suivre le même chemin. Les dysfonctionnements, les dangers, les insuffisances ont été dénoncés à toutes les étapes depuis la première expérimentation dans la région de Vitré jusqu'à son extension dans les régions pilotes. Les critiques sont multiples et émanent des utilisateurs aussi bien que des observateurs, juristes, informaticiens, etc...La presse s’est fait l'écho depuis plusieurs mois de leurs différents points de vue.

Rien n'y a fait, le gouvernement et les tutelles ont maintenu le cap jusqu'au décret d'août dernier nous imposant unilatéralement la télétransmission et lui conférant un objectif politique: faire plier les médecins.

Ce déni du dialogue ne peut que renforcer l'opposition des médecins, massive jusqu'à maintenant, malgré les tentatives locales d'intimidation de certaines Caisses Primaires. Les psychiatres dans leur très grande majorité refusent la télétransmission, à l'instar des autres médecins mais aussi pour des raisons plus spécifiques à leur pratique, notamment au regard des exigences de confidentialité.

Faute d'ouverture de dialogue, nous n'avons pas d'autre alternative que l'opposition, passive mais tenace, le plus longtemps possible dans l'attente, et dans l'espoir que le contact soit enfin renoué avec les organisations syndicales qui pourront relayer nos points de vue. La restauration de ce dialogue marquerait un virage important des tutelles : l'abandon de la logique technocratique, méprisante, aveugle et ignorante des réalités du terrain au profit d'une attitude constructrice, souple, cohérente et adaptée, à l'écoute de nos organisations professionnelles.

Yves Froger

Rapport technique du SPF - SP.CGC - SNPP

En 1991, à la suite des accords " Durafour ", une négociation conventionnelle aboutit à un certain nombre de reclassements et à l'octroi d'une prime de sujétion pour l'ensemble des personnels de la CCN 66, à l'exception des directions et des psychiatres. Les cadres et techniciens devaient bénéficier d'un avenant particulier dont la signature paraissait acquise et les psychiatres étaient renvoyés à une négociation qui devait leur être spécifique.

À ce jour, l'avenant 265 particulier aux cadres et techniciens n'est toujours pas agréé et ni eux, ni nous ne bénéficions de l'indemnité de sujétion dont l'encadrement de haut niveau, toutes compétences et délégations confondues, ne paraissait pas devoir être écarté. Ces retards accumulés de toutes parts méritent d'être appréhendés tant du côté des Employeurs et des directions techniques et de fonction de haut niveau, que de celui des médecins spécialistes de nos établissements et services.

La situation, déjà difficile hier, s'est gravement précarisée aujourd'hui tous azimuts. Les conditions faites aux hiérarchies fonctionnelles et techniques sont telles que les recrutements deviennent de plus en plus difficiles :

- l'embauche de directeurs à hauteur des nécessités et des missions devient difficile tant la carrière est mal reconnue et peu appréciée,

- l'embauche des psychiatres devient plus que compliquée du fait d'une pénurie aujourd'hui structurée, et la carrière est de moins en moins attrayante, tant matériellement que du fait d'un exercice professionnel techniquement difficile où le niveau de compétence et la place médicale dans notre champ médico-social du handicap et de l'inadaptation sont mal reconnus et peu appréciés.

Ainsi, comme nous avions pu rapidement l'aborder avec vous lors de nos récentes négociations paritaires nationales au sujet de l’ARTT :

- la majeure partie des projets d'établissement ne font pas place à un projet médical de service, alors que des actions purement médicales sont mises en œuvre dans bon nombre de nos institutions,

- la formation spécifique des médecins, même si elle est évoquée dans notre convention et dans notre contrat de travail-type qui lui est annexé, n'est pas reconnue en tant que telle. Elle relève d'un financement général et d'un dispositif de concertation et d'avis dans lequel les médecins ne sont pas représentés,

Après les ordonnances de 1996 et la mise en place des ARH dans le champ sanitaire, la réforme structurelle de la loi du 30.06.75 sur les institutions sociales et médico-sociales est à nouveau en chantier dans un contexte d'économie et d'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

À ce jour, si dans nos secteurs médico-sociaux, les aspects d'évaluation, d'accréditation, d'élaboration de contrats d'objectifs et de ventilation des allocations budgétaires au regard des indicateurs de ressources humaines et de l'activité mesurée, n'ont pas encore atteint le niveau d'approche méthodologique et de recueil d'information mis en place dans le dispositif sanitaire :

- dans le PMSI,

- et dans les directives transmises par les ARH pour l'élaboration des SROSS nouvelles générations, tant MCO que psychiatrie, nous ne doutons pas que dans un avenir très proche notre secteur relèvera d'orientations et de procédures similaires. Le volet médical de nos activités médico-sociales n'échappera pas à ces approches en cours d'élaboration, tant dans les processus d'évaluation, que d'accréditation et d'allocation de ressources dans nos dispositifs où les enveloppes budgétaires fermées deviennent la règle.

Au plan conventionnel aussi, alors que les politiques sanitaires et sociales appellent aux convergences, aux réseaux, aux complémentarités, aux financements croisés..., dans nos établissements et services tant du champ sanitaire, que médico-social où la contribution médicale se fait souvent à temps partiel, nous observons les limitations aux transversalités et à la souplesse qu'entraîne la multiplication des statuts et conventions.

Là aussi, nous pensons que le moment est venu d'ouvrir une réflexion susceptible de favoriser des ponts, des harmonisations en valorisant nos carrières et nos exercices afin qu'ils soient réellement complémentaires et attrayants et d'optimiser les transversalités aujourd'hui incontournables.

Nous savons bien que, sur cette question notamment, notre dialogue ne suffira pas et le niveau de l'UNIFED méritera d'être interpellé comme celui du service public hospitalier et des autorités ministérielles. Ne pas aborder ces questions aujourd'hui nous paraîtrait dommageable pour l'avenir.

Au total :

- nous souhaitons contribuer à la défense et à l'épanouissement du secteur associatif auquel nous collaborons,

- nous considérons que notre secteur médico-social traverse une conjoncture difficile et dangereuse pour lui et pour les missions de service public qu'il exerce,

- nous estimons que la démédicalisation, la déspécialisation, la déqualification qui, pour des raisons souvent économiques, guettent notre secteur, le rendront encore plus fragile,

- nous voulons faire un premier point sur la mise en place de la RTT à l'égard de laquelle les informations médicales qui nous parviennent confirment les difficultés et les inquiétudes dont nous faisons état.

Sur tous les points que nous avons développés, nous pensons que l'ouverture rapide d'un dialogue et de négociations appropriées favoriserait des convergences et des positionnements indispensables pour préserver nos dispositifs et affronter l’avenir. Outre les questions d'agrément des protocoles d'Entreprise signés et de mise en œuvre de la nouvelle loi sur la RTT qui aura nécessairement des répercussions sur les accords déjà conclus, nous sommes également sensibles au rejet de l’avenant" cadres Il dont l'opportunité ne pourra pas ne pas à nouveau occuper le devant de la scène, ainsi qu’à la question de l’attribution de l'indemnité de sujétion à tous les agents de la CCN 1966. Ces deux points aussi sont à inscrire au chapitre des convergences dont nous devrions convenir pour avancer ensemble vers une meilleure prise en compte du corps des cadres techniques et de fonctions indispensables à la pérennisation des dispositifs et des services que nous rendons.