Sommaire du BIPP n° 27 - Novembre 2000

Chronique : \Soin en santé mentale\" ou psychiatrie ? Antoine Besse"

Psychothérapies

ARTT

PMSI

Appel concernant la CMU

Plaidoyer pour une démarche qualité en médecine libérale

OMS

Brèves : arrêté du 3 août 2000

Télétransmission

"Soin en santé mentale" ou psychiatrie ?

Antoine Besse

La psychiatrie est actuellement une des disciplines médicales les plus menacées et en même temps toujours plus indispensable au sein d'une société en pleine mutation où des citoyens souffrent d'exclusion, de handicaps mentaux, de troubles mentaux toujours aussi graves et difficiles à soigner en respectant le sujet souffrant.

En plus de ses traditionnelles missions s'ajoutent de nouvelles missions avec des priorités (périnatalité, adolescents et jeunes adultes, personnes âgées) qui vont demander aux psychiatres libéraux, salariés (du secteur sanitaire et médico-social) et des cliniques privées autant d'innovations, de coordination nouvelle et d'adaptation que depuis ces trente dernières années où la discipline, après être née de la séparation avec la neurologie, a trouvé son développement original et enfin reconnu.

Actuellement, nous devons affronter un paradoxe :

- D'un côté la psychiatrie est **reconnue** quand la D.G.S. et son nouveau directeur le Professeur Lucien ABENHAIM propose au dernier Conseil Consultatif de Santé Mentale (le 25 septembre 2000) à tous les acteurs du dispositif de soin en Santé Mentale (nouvelle appellation de la "Psychiatrie" ?) de nous coordonner. Il appelle une appréhension plus globale de toutes les parties du dispositif de soin en vue de surmonter les clivages public/privé et d'assurer des passerelles (réseaux de soins) entre praticiens, en appelant à la rescousse les professions libérales ambulatoires.

- De l'autre, elle reste **méconnue**, voire encore déniée ces dernières années, dans le secteur médico-social. Lorsque la Direction de l'Action Sociale vient de nommer pour la première fois une responsable au handicap mental, peut-on y voir la reconnaissance du fait psychique ? Cela représente-t'il un début de reconnaissance au côté des handicaps sensoriels et moteurs (toujours plus avantagés auparavant). Mais parallèlement, un projet de révision de la Loi de 75 actuellement en cours d'élaboration n'évoque à aucun moment la place des psychiatres (ils ont moins de place que les personnels techniques les plus humbles au Conseil d'Administration des établissements ?).

A cela s'ajoute la chute démographique des psychiatres que nous dénonçons avec l'ensemble des psychiatres publics, privés, universitaires (au sein du C.A.S.P.).

Nous devons donc lutter sur plusieurs plans :

- D'abord rappeler les valeurs qui sous-tendent notre pratique d'exercice privé en cabinet, en institution, en clinique privée.

- Montrer notre modernité par nos publications, nos Journées et séminaires rendant compte de nos pratiques indépendantes, individualisées, accessibles aux patients, ceux-ci ayant le libre choix, fortement liée à l'apport de la psychanalyse à la psychiatrie mais sans exclusive.

- Dans le même temps, réfléchir à l'évolution en cours de notre pratique lorsque les situations particulières nous amènent à une transversalité entre praticien, dans la liberté d'initiative et l'intelligence des situations, afin d'éviter les solutions en force… Le réseau doit renforcer le lien social et non le contrôle social ! Sa souplesse actuelle ne doit pas être supplantée par des formes de partenariat rigides et administrées.

- Pour ceux des praticiens libéraux ayant acquis des compétences aux techniques de dynamique de groupe, de thérapie de couple ou familial ainsi qu'aux médiations et évaluations de couple, il nous faut élaborer des propositions à la CNAM pour permettre le financement viable de ces nouvelles modalités d'exercice en cabinet libéral. Chacun doit pouvoir recevoir un couple, une famille, un groupe de patients alcoolodépendant, un psychodrame, en co-thérapie ou pas.

Actuellement les instances tutélaires (CNAM) attendent des propositions pour éviter les nombreux contentieux de ces dernières années dans les régions touchant des praticiens isolés et livrés à la réglementation formaliste et aveugle.

Notre syndicat va donc accepter les propositions de nous consulter de la DGS dans le Groupe II sur les "recommandations et adaptations des métiers en Santé Mentale".

Nous allons reprendre les contacts avec les médecins-conseil nationaux de la CNAM sur le métier de psychiatre.

Nous avons de nombreux représentants dans les Unions Régionales des Médecins Libéraux. Ces derniers auront à cœur de faire valoir les revendications du S.N.P.P.

Pour l'exercice salarié, nous allons rencontrer la nouvelle directrice de l'Action Sociale, Madame LEGER en vue d'appliquer aux psychiatres de la CCNT 66, l'avenant 265 concernant les cadres et permettre aux psychiatres salariés du secteur médico-social d'avoir les avantages à parité égale des praticiens hospitaliers publics et des psychiatres salariés de la CCN 51 (secteur sanitaire). Ainsi, en rendant attractif ce secteur, nous limitons le déclin démographique en cours et résisterons au déni de la dimension institutionnelle du soin dans les établissements médico-sociaux. Cela maintenant, les syndicats d'employeurs l'ont bien compris et nous soutiennent, sachant bien que la qualité des soins dépend de la présence effective et suffisante des psychiatres

dans leurs établissements. La contribution de l'Assurance Maladie à la gestion de ce secteur pourrait à terme être remise en question. L'avaient-ils oublié ?

Il reste à chaque psychiatre salarié de faire entendre sa voix dans son institution.

Nous restons à la disposition de chacun pour l'aider à défendre son indépendance et son éthique de soin partout où elle serait menacée ou maltraitée (cf. PSYCHIATRIES n° 130-131 mai 2000 "La responsabilité maltraitée").

Le C.A.S.P. a déjà contribué à s'emparer de ces questions où nous apparaissons aux différents Ministères unis dans une défense de notre discipline toujours à recommencer.

De même pour la difficile question du PMSI dans les cliniques privées, nous avons proposé une résolution très déterminée aux autres syndicats de psychiatres qui nous ont ensuite rejoints.

Antoine BESSE

Réglementation des psychothérapies

Yves Leclercq, François Couton

Nous poursuivons le débat sur la réglementation des psychothérapies ouvert dans notre précédent numéro. Voici deux courriers qui nous ont été adressés sur ce sujet. N'hésitez pas à envoyer vos contributions afin que nous les publions.

Aux dernières nouvelles, le projet de loi du Parti Socialiste sur cette question ne devrait pas être déposé avant le printemps prochain.

Puisque vous nous y invitez, je risque ma contribution au débat sur l'encadrement de la pratique des psychothérapies.

C'est un projet ou une intention qui revient périodiquement, qui est majoritairement mal accueillie et qui repart sur la pointe des pieds au bout d'assez peu de temps. Il doit bien y avoir de solides raisons à ces échecs répétés.

Pour ma part, je suis résolument contre, depuis toujours. Mes arguments sont variés :

- Historiques : la psychanalyse constituant toujours le modèle de référence, pour ou contre lequel se définissent les diverses psychothérapies, on peut constater que dès ses débuts et malgré les souhaits de Freud et d'autres fondateurs, la pratique de la psychanalyse a échappé au monopole de la médecine. Les psychanalystes et les psychothérapeutes non-médecins sont déjà majoritaires. Parmi eux, un certain nombre ont une formation autre que la psychologie : philosophie, littérature, sciences, droit ou mathématiques. Que faire de tout ce monde ?

- Prévisionnels : le nombre de psychiatres en formation a diminué, drastiquement. La proportion de psychiatres qui se forment à la psychanalyse aussi (25 à 26 % ai-je lu). Si N tend vers zéro, N / 4 tend vers zéro. L'actuel stock de psychiatres qui satisfait encore à peu près une demande elle même en diminution irrationnelle, s'effondrera par vieillissement. Le relais sera pris par les non-médecins formés par les Universités et les Sociétés ou Groupes Psychanalytiques.

- Pratiques : si l'acte psychothérapique peut être un acte de médecin, il a une structure radicalement opposée à celle d'un acte médical. Il exige donc du médecin un apprentissage particulier, hors faculté et une bonne dose de révolution culturelle. Le non-médecin n'a pas au même degré à se déprendre de modèles encombrants. Mais il lui faut cependant apprendre, sinon le métier, du moins la clinique et la technique qu'il projette d'utiliser.

Si la pratique psychothérapique n'est pas médicale "stricto sensu", il paraît difficile de justifier la définition légale d'une aptitude ou d'une technique éprouvée (on sait qu'il y a des échecs pour toutes et pour tous, qui ne sont pas affaire de technique) et que cette définition légale soit opposable au médecin, psychiatre ou non-psychiatre et au non-médecin-non-psychologue.

Le risque de voir des sectes ou d'authentiques charlatans se prétendre psychothérapeutes a toujours existé et existera toujours, surtout si un cadre juridique officiel ne se met pas en place. La plupart des clients actuels des psychothérapeutes non-médecins ne sont pas inconditionnels du cadre médical ou le refusent complètement pour ce qu'ils savent relever du psychique.

Yves LECLERCQ
Paris

xXx

J'ai lu avec grand plaisir ces premiers courriers de confrères dans le BIPP n° 26 et je cède à la tentation de vous envoyer ma contribution à cette réflexion sur la question des psychothérapies.

Tout d'abord, il est troublant de constater qu'en cette période de grand libéralisme, on veut en même temps tout réguler, tout encadrer, en particulier dans les registres médicaux où les médecins n'ont plus de libéral, ou privé, que le nom et la traditionnelle méfiance des pouvoirs publics.

Quand les psychothérapies ne sont pas remboursées et qu'elles ressortissent donc pleinement du registre privé, la distinction entre psychothérapie et épanouissement personnel ne demande peut-être pas à être fixée par la loi.

Pourquoi dès lors ne pas se contenter de chercher à interdire les pratiques sectaires, comme on tente déjà de le faire dans le domaine des Églises ? C'est peut être plus délicat, mais plus intelligent. Allons plus loin : faut-il interdire voyantes, astrologues… ? L'argument moral de chasse aux brebis galeuses ne tient pas et à l'intérieur même de notre profession, à chacun de se demander comment ne jamais être un peu charlatan.

J'ai commencé ma carrière dans une optique et une "règle du jeu" où la prescription était un paramètre parfois secondaire du soin, l'ambition essentielle étant d'aider les gens à se remettre à penser. J'ai évolué vers une plus grande humilité, je prescris plus et peut-être mieux. Malgré tout, les tendances dans les pratiques, je n'ose dire les modes, ont évolué plus vite.

On voit, par exemple en Angleterre (Londres ECNP, 1999) que priorité est donnée à la psychiatrie biologique, avec homologation très précoce de nouvelles molécules. On entend de grands patrons anglais dire : "dans les états anxieux pour la première consultation, prenez du temps : au moins vingt minutes !".

J'aurais aimé pouvoir terminer ma carrière sur les mêmes bases qu'à mon début. Mais les temps changent. Les autorités françaises me semblent avoir adopté une technique de chien de berger pour guider notre troupeau dans leur bonne direction : un coup de dent dans le mollet des retardataires, puis on caracole à l'avant pour montrer la voie, on court un peu sur les flancs,…

Citons par exemple :

- le CPSY n'a pas bougé depuis des années.

- l'administration, par ailleurs souvent tatillonne, ne s'intéresse pas à la durée des consultations.

- le nombre de psychiatres stagne ou diminue et diminuera.

- la demande de soins augmente.

Point n'est besoin d'être grand mathématicien pour voir tout cela tendre vers une plus grande brièveté des actes, facilement couronnés par une prescription. Il faut une force d'âme hors du commun pour voir, une fois par semaine, pendant 45 minutes et contre 225 F un patient en psychothérapie. En regardant autour de moi, je vois le village gaulois rétrécir à vue d'œil.

Gardons-nous de toute paranoïa, le but de l'administration n'est peut-être pas l'extinction des psychothérapies pratiquées par les psychiatres, même si toutes les mesures semblent aller vers ce résultat. Le but est de faire des économies, toujours et partout et de le faire en encadrant, en en encartant notre activité.

Dans une optique strictement financière, le rétablissement du Secteur II serait certainement la mesure la plus appropriée, mais elle suppose de faire confiance aux médecins, ce qui n'est pas à la mode.

J'ai un confrère et ami, québécois d'adoption, qui m'a exposé la solution canadienne qui s'applique aux psychiatres privés et publics. Elle est un peu baroque, mais…

Tous les ans, le psychiatre fait une demande de prise en charge psychothérapique de son patient par vingt ou quarante séances dans l'année. Il perçoit une rémunération par tranche de vingt minutes, au maximum trois, chaque tranche devant être entamée depuis cinq minutes pour être payable. En pratique, les patients restent dix, vingt cinq ou quarante cinq minutes. Les relations avec l'administration peuvent avoir le cadre rigoureux qu'elle réclame, aux psychiatres de trouver de l'intelligence et de la souplesse à l'intérieur de celui-ci.

Malgré tout, dans ce système, les psychiatres peuvent rester prescripteurs du genre de travail qu'ils aiment faire et en même temps donner acte à l'administration de son droit de contrôler quelque chose, la qualité du contenu d'une séance restant, de toute façon, essentiellement incontrôlable.

Dans les années qui viennent et malgré une demande syndicale vigoureuse vers un retour à une démographie psychiatrique convenable, l'évolution va certainement se faire vers la généralisation des remboursements des psychologues, faute de quoi les pires charlatans trouveront preneur.

D'ailleurs, soyons cohérents.

Avoir fait médecine permet un abord clinique et une prescription corrects, des diagnostics d'élimination, permet aussi de poser des indications, mais ne sert pas à grand chose pour être un bon psychothérapeute.

Pourquoi si ce mouvement est inéluctable, ne pas l'accompagner en préservant ce qui compte vraiment. Nous connaissons tous des psychologues que nous aimons recommander, d'autres que nous apprécions moins…

Aux psychologues ensuite de s'accommoder de ce statut de "kinés du psychisme" qui leur sera fait, mais après tout, un psychothérapeute doit avoir un bon narcissisme.

François COUTON
Saint-Victor

ARTT psychiatres salariés

Voici l'actualité résultant du refus d'agréer l'avenant n° 10 de la CCNT 66. C'est une situation compliquée qu'illustre notre chargé de missions et un de nos représentants à la réunion du 13 octobre 2000 avec la Fédération des Syndicats d'Employeurs et complétée par la lettre exemplaire de deux confrères résumant leurs difficultés rencontrées sur le terrain.

Antoine Besse

Quoi de neuf en institution

Le SNPP, le SPF, la CGC et l'UMESPE ont négocié avec la Fédération des Syndicats des Employeurs au sein de la commission paritaire de négociation de la CCNT66- CCNT93 un accord signé le 29 septembre 99 qui a abouti à l'avenant n°10. Cet accord, qui parmi toutes ses priorités veut renforcer le médical dans le secteur médico-social et sanitaire et surtout éviter une rupture du contrat de travail à l'occasion de la négociation ARTT, a été rejeté par le ministère qui a commis un vice de forme, puisque le refus se trouvait hors délai. Ce dossier a été pris en charge par le C.A.S.P., les négociations ont pu reprendre et une réunion avec les syndicats d'employeurs est programmée pour le 13 octobre prochain.

A ce sujet, malgré les difficultés actuelles pour la reconnaissance de l'avenant n°10, beaucoup de psychiatres ont eu à signer un avenant à leur contrat prenant en compte l'ARTT du fait d'une négociation globale dans leurs institutions dont ils ont pu bénéficier.

Il me paraît souhaitable de rappeler la plus grande prudence par rapport à la signature de ces avenants, pas tant sur le plan financier qui est pris en compte dans le cadre de l'ARTT (même si ça ne reprend pas toutes les demandes formulées dans l'avenant n°10), mais surtout sur le plan des horaires.

En effet, souvent, si ce n'est pas à chaque fois, il est ajouté dans ces avenants des modifications concernant les heures complémentaires ou supplémentaires, voire une flexibilité horaire, à la demande des directeurs, qui sont difficilement acceptables sur le plan du travail en institution et surtout incompatible pour les psychiatres à temps partiel qui ont des engagements en d'autres lieux...

Il faut savoir que les emplois du temps, les heures supplémentaires et leurs modifications doivent être discutés avec les instances (CE et DP) et obéissent à des règles très strictes...

Donc pour plus de précisions avant de signer il semble préférable d'interpeller ses instances pour avoir le maximum d'information et aussi pour connaître leurs positions et les consignes posées à l'ensemble des salariés.

Le secteur médico-social draine une population qui nécessite un accompagnement une prise en charge spécialisée impliquant des moyens, un investissement et une reconnaissance qui font souvent défaut.

Paradoxalement à l'ampleur du travail et des pathologies (dans la majorité des départements le pourcentage des enfants et adolescents présentant des troubles graves de la personnalité admis en institution médico-sociale est très important), on assiste, pour ce qui nous concerne, à une diminution du nombre des psychiatres intervenants dans ces lieux.

Cet état de fait découle de plusieurs causalités et on peut en citer quelques unes : une image sous estimée voire dévalorisée de ce secteur dans le champ du soin par les tutelles mais aussi les autres partenaires (il n'y a qu'à se rappeler l'oubli, dans un premier temps, pour les psychiatres en institution des modalités pour la FMC), des difficultés pour travailler du fait même d'une complexité des statuts et d'une pression économico-administrative insupportable et aussi la diminution progressive du nombre de psychiatres dans le cursus médical.

Quand on sait, parmi les psychiatres, le pourcentage important de ceux qui sont investis avec des équipes pluridisciplinaires dans ce mode de prise en charge où domine le soin , il était nécessaire de rappeler ces quelques points afin de ne pas oublier l'importance quantitative et qualitative de ce secteur se situant à mi-chemin entre l'hôpital et l'exercice privé en cabinet ou clinique.

Par ailleurs, pour information, une augmentation du salaire des médecins et pharmaciens relevant de la CCN51 a été évoquée, mais il semble qu'une fois de plus on ait oublié a minima de l'évoquer pour les médecins qui dépendent de la CCNT66...

Le SNPP qui s'est toujours investi dans un soutien des psychiatres salariés en médico-social va continuer son action de façon encore plus intense dans ce contexte difficile et attend de votre part toutes idées ou suggestions par rapport à cet exercice afin d'améliorer cet échange.

Marc MAXIMIN

Et "quoi de dix" ?

Pour faire suite à l'article de Marc MAXIMIN, une rencontre a eu lieu le vendredi 13 octobre 2000 entre les Syndicats Médicaux (A. BESSE et J-P. GUITTET pour le S.N.P.P., S-D ATTIA pour le S.P.F., R. SALBREUX pour la C.G.C. et Mr DELMAS pour les médecins rééducateurs), avec la Fédération des Syndicats Nationaux d'Employeurs (SNAPEI, SOP et SNASEA avec Mr MADIGNIER, président de la Fédération).

Nous sommes revenus sur le fameux avenant 10. Cet avenant, qui met en conformité les dispositions de la Convention Collective des Médecins Spécialistes Qualifiés au regard de la Loi du 13 juin 1998 et de l'accord cadre sur l'ARTT, a été signé par les Syndicats de Médecins et la Fédération d'Employeurs le 29.09.99. Transmis au Ministère le 15.11.99. Après une longue période de silence et quelques relances, un refus d'agrément est signifié le 23.03.2000 et pourquoi donc, me direz-vous, eh bien parce que le dossier a été perdu au Ministère !! Malgré ce refus, de nombreuses institutions l'appliquaient du fait d'un agrément tacite jusqu'à ce que le Ministère persiste et signe et que le refus d'agrément paraisse au Journal Officiel du

27.09.2000 ce qui met les institutions dans une situation ubuesque.

La Fédération doit déposer un recours en Conseil d'État auquel les Syndicats de Médecins s'associent. Mais comme la Justice fonctionne encore plus lentement que l'Administration (ce n'est pas peu dire !) nous risquons d'avoir satisfaction dans trois ou quatre ans… Il a donc été décidé de rencontrer la directrice générale de l'Action Sociale. Nous avons abordé ensuite le problème de l'avenant 265 qui revalorise les salaires des cadres dans le secteur médico-social, des psychologues en particulier mais pas des médecins. Or, Martine AUBRY, dans sa grande mansuétude a accordé une importante revalorisation du salaire des médecins dans le secteur public (indemnité de réseau et de transversalité) mesure évaluée à 1820 millions de francs !

Avec la Convention de 79, nous avions obtenu la parité entre les salaires des médecins dans le secteur médico-social et la médiane des salaires du secteur public. Or le principe de cette parité demeure… dans les esprits, pas dans les faits… Un dossier est ouvert pour que les médecins du secteur médico-social puissent bénéficier de cet avenant, mais il devra être accepté par le Ministère des Affaires Sociales, la Commission Nationale d'Agrément et en dernier lieu par Bercy, cheminement bien long qui nous promet encore quelques dossiers égarés…

Pour ne pas terminer sur une note pessimiste, il paraît important de signaler que la Fédération d'Employeurs propose une oreille attentive à nos demandes. Ils ont pris conscience que le médico-social était un secteur sinistré et que la démédicalisation des institutions était un réel danger pour leur pérennité.

Cette convergence de vues entre médecins et employeurs est une situation nouvelle, propice à une intensification de nos combats syndicaux.

Le secteur médico-social, de par l'importance des personnes concernées et la multiplicité de ses tâches est en France, un ensemble de structures indispensable. Nous le défendrons, ainsi que la place des médecins qui y travaillent (car sans médecins, il n'y a plus de médico-social). Il est rassurant de constater que la Fédération d'Employeurs nous accompagne dans ce combat.

Jean-Paul GUITTET

Nous venons porter à votre connaissance un certain nombre d'éléments qui illustrent les difficultés que nous rencontrons actuellement pour remplir et notre tâche et notre fonction au sein d'un CMPP.

Il ne s'agit pas de réflexions sur notre travail (ce dont vous devez être déjà surchargé par d'autres, empêtrés dans les mêmes problèmes que nous), mais d'exemples "sur le terrain" de ce qui nous est donné à vivre.

- Après un accord de RTT négocié dans la douleur, notre temps médical (malgré notre opposition, si ce n'est notre refus) a été englobé dans la masse totale, donnant lieu à l'embauche de temps (ô combien) partiels d'orthophoniste, psychomotricien, personnel administratif et technicien de surface.

- Les congés "supplémentaires" dégagés par ce même accord ont abouti à une fermeture de l'établissement durant la période des vacances scolaires (vacances de Février, Pâques, Juillet-Août et à venir de Novembre et de Noël) avec défaut de suivi, pour les enfants pris en charge, pendant plusieurs semaines consécutives.

- En outre, bien que le souhait porté en tout premier lieu dans le texte de ce même accord porte sur le "maintien de niveau des prestations rendues aux usagers", les médecins se sont vus, sans concertation aucune, supprimer de leur emploi du temps, les plages concernant le suivi de plusieurs de ces enfants qui ont rejoint, eux, la liste dite "d'attente". Mais plus que "sans concertation", c'est d'autorité que cette mesure a été prise, chaque médecin étant mis à la "rentrée scolaire" (donc à sa reprise d'activité), devant le fait accompli.

- Tous à temps partiel, les médecins de l'établissement concerné exercent, sinon, sur leur "temps restant" au sein d'autres institutions ou en libéral… dans une zone géographique située au delà de celle couverte par le secteur psychiatrique correspondant, conformément au contrat d'embauche qui est le leur. Aujourd'hui cette clause étant annulée, une demande inverse peut leur être formulée, et les assujettir à résider à proximité…

- Les temps partiels évoqués sont en fait des demi-temps, ce qui correspond à cinq demi-journées d'activité, le travail étant réparti, conformément à la Convention Collective de 1966 sur quatre de ces demi-journées, la cinquième étant libérée pour une activité privée (art 8 - Titre premier de la CCN des médecins spécialistes qualifiés en regard du Conseil National de l'Ordre des Médecins travaillant dans les établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées). Cette répartition nous est aujourd'hui contestée, et, malgré la RTT, nous serions redevables ainsi de quelques heures par semaine…

- Comment, dans de telles conditions, nous soumettre d'ailleurs à une pourtant indispensable Formation Médicale Continue (devenue qui plus est obligatoire), sachant qu'aucun aménagement horaire ne nous est plus accordé (nos droits à congé sont, il faut le signaler à cette occasion, d'emblée épuisés par la fermeture de l'établissement, imposée par notre direction) ?

- Que dire encore ?… Que l'acte médical n'est plus reconnu à sa juste valeur ? Que la fonction médicale n'est pas non plus à même de s'exercer ? Qu'aucune possibilité enfin n'est laissée au psychiatre d'occuper réellement sa place ? Les bilans diagnostiques et les orientations, suite à ces derniers, sont placés sous la compétence exclusive des psychologues, les thérapies étant conduites, elles, soit par eux, soit (enfin) par les psychiatres (au titre de l'anecdote : les ci-psychologues se "réservent" en moyenne 100 prises en charge pour en laisser… 10 aux quatre médecins), sans que cela puisse donner lieu, désormais, semble t'il, à remise en cause, dans le contexte actuel.

Muriel GILQUIN
Mary Jane LANDRIEU-DEGAND
Lille

PMSI

La mise en œuvre du P.M.S.I. dans les établissements de soins privés a été imposée avant le 1er juillet 2001 par une circulaire publiée en mai dernier. Le Conseil d'Administration de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P. a jugé cette mesure innaceptable et a donc adopté une résolution exposant les motifs de cette opposition dont vous trouverez le texte ci-dessous.

Afin de nous assurer du maximum d'efficacité, nous allons en outre immédiatement mobiliser toute la profession sur ce sujet en saisissant le C.A.S.P. (Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie) dans le cadre duquel nous allons susciter une dynamique commune avec nos collègues du service public.

RÉSOLUTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU S.N.P.P. DU 23 SEPTEMBRE 2000

Le Syndicat National des Psychiatres Privés (S.N.P.P) a pris connaissance de la circulaire ministérielle du 23 mai 2000 concernant la mise en place du PMSI, en psychiatrie, prévue pour le 1er juillet 2001.

Il constate que les organisations professionnelles de psychiatres n'ont jamais été consultées alors qu'il s'agirait de mettre en place une classification médico-économique (!) des malades mentaux.

Voici une proposition de mise à prix des malades mentaux, voire de la pensée et du comportement humain.

Nous risquons, praticiens hospitaliers (privés comme publics), d'être contraints de prendre la tête d'une immense machinerie bureaucratique à même de sélectionner parmi les 237 "groupes homogènes de journée" le groupe qui permettra à l'établissement d'être honoré d'une allocation de ressource par patient et par semaine.

Allons-nous accepter d'entrer dans une ère de classification bétaillère des humains et nous transformer en docteur es maquignons ?

En effet le règne de l'obsession statistique et du primat du chiffre annule et dénie le fait psychiatrique et thérapeutique.

- Il ne prend pas en compte la dimension institutionnelle du soin dans toutes ses composantes.

- Il élimine la demande du patient, donc la singularité des soins proposés.

- Il élimine la singularité du patient et du psychiatre.

- Il annule le moment historique de la prise en charge (pour une même personne, les soins sont différents d'un moment à l'autre).

- Il dénie à la psychiatrie l'existence de la dimension relationnelle (subjective et évolutive) indispensable à toute proposition de soins.

- Il enferme le patient dans des catégories figeantes et immobiles, contraires à tout processus de soins.

- Il découpe l'acte de soin et le dénature.

- Il entraîne les professionnels dans des processus bureaucratiques exclusifs contraires à la dimension éthique et déontologique de leur pratique.

Ce système entraînant une perte d'indépendance de la pensée, voire à une suspension de l'acte de penser la psychiatrie, il ne peut y avoir de mise en place de diagnostic médico-économique sans l'apparition de graves contresens, d'une machinerie ségrégative et exclusive.

Ce qui vise à objectiver et à quantifier les actes quotidiens d'une équipe de soins en psychiatrie pervertit ces actes et risque de les rendre inopérants.

Ce système procède d'une ignorance et/ou d'un parti pris idéologique de la pratique psychiatrique.

Il chosifie le malade, l'acte de soins et l'élaboration indispensable de nos pratiques.

Cette utilisation totalitaire de concepts nosographiques biaisés entraînerait la pratique psychiatrique dans une régression annulant sa dimension thérapeutique.

Qui ne peut voir dans ces projets technico-économiques le masque ou le déguisement d'un processus menant à un affadissement de la pensée et à l'annulation de tout questionnement sur le sens à la vie humaine avec ses souffrances , ses surprises, ses espoirs ?

Nous appelons solennellement nos autorités de tutelle à retirer dans les plus brefs délais ce projet.

Il est contraire à toutes les avancées de la psychiatrie française et européenne des dernières décennies articulant, dans un souci permanent d'humanisme, des découvertes affluant de diverses disciplines.

Appel concernant la CMU

Texte distribué le 6 juin au dernier Conseil d'Administration de la Fédération. Les Services Publics et l'UNAFAM sont intéressés et signent solidairement ce texte ainsi que des élus qui s'inquiètent tous de l'effet de seuil préjudiciable aux malades reconnus le plus en difficulté et dont la situation économique est précaire.

PRÉSERVER LES SOINS ACTIFS AU LONG COURS POUR LES MALADES PSYCHIQUES

Les maladies psychiatriques de longue durée obéissent à des processus pathologiques complexes à l'œuvre tout au long de l'existence, exposant les malades à des risques de décompensation brutale où la vie même est souvent en jeu.

Le problème du suicide est devenu un objectif majeur de Santé Publique.

L'enquête de l'Inserm (Casadebaig Philippe - 1998) et les études internationales reconnaissent que 10 à 13 % de schizophrènes meurent de suicide, que 30 % des rechutes sont associées à des tentatives de suicide survenant dans le mois suivant une hospitalisation de trop courte durée et dont le risque est maximal dans les premiers jours après la sortie de l'hôpital (Rossau, Mortensen; Br J. Psychiatry 1997).

Pour empêcher les morts prématurées, ces personnes doivent donc avoir, en toute circonstance déstabilisante, un accès facile et précoce au champ sanitaire et pouvoir bénéficier de soins actifs, voire intensifs, au long cours pour éviter tout risque de rupture existentielle aggravante.

Dans la continuité des soins indispensable pour donner à la personne malade un "sentiment continu d'exister" malgré sa désorganisation psychique, l'hospitalisation doit pouvoir lui être proposée autant que nécessaire, sans compromettre l'équilibre économique qui, bien que précaire, permet son insertion sociale durable en assumant loyer, charges, assurances, téléphone, frais concernant les "nécessités de l'existence"...

C'est l'originalité de la Psychiatrie de Secteur en France que de lier processus thérapeutique et dynamique de l'insertion personnelle existante ou à promouvoir. Cette originalité vient en contrepoint du "concert mondial de mécontentement concernant l'inaptitude des services sociaux à maintenir ces handicapés dans une vie décente" (S. Parisot : Lettre de la Schizophrénie n° 12).

Pour favoriser l'accès aux soins hospitaliers, le droit à la Couverture Maladie Universelle est un progrès important pour les personnes ayant des revenus inférieurs à 3.500 F par mois.

Ce seuil est au-dessous du montant nominal de l'Allocation aux Adultes Handicapés du Minimum Vieillesse et de la Pension d'Invalidité avec Fonds National de Solidarité (3.575,83 francs) pris en compte pour l'étude de ce droit.

En conséquence, ces personnes ne peuvent pas bénéficier de la Couverture Maladie Universelle qui exonère du Forfait Hospitalier quotidien (70 F) et se trouveront obligées de le payer quels que soient le nombre et les durées nécessaires de leurs hospitalisations.

Cet effet risque à coup sûr d'être péjoratif en terme de Santé Publique.

Il n'est pas humainement tolérable d'imposer à ces malades, par la pression pécuniaire et morale, un choix impossible entre "se soigner activement et risquer la désinsertion" ou "rester inséré" sans pouvoir assumer financièrement les soins actifs et les hospitalisations indispensables pour recouvrer un équilibre personnel.

Obtenir le consentement du malade risque d'être plus difficile, voire impossible face à une alternative d'une telle violence. En psychiatrie, les hospitalisations sous contrainte, aujourd'hui déjà en augmentation inquiétante, risquent de se multiplier.

Les Handicapés et les bénéficiaires des minima sociaux doivent bénéficier de la C.M.U. complémentaire pour ne pas être victimes d'un processus d'exclusion.

Le seuil de la C.M.U. a été choisi sans mesurer ses graves conséquences humaines, il stigmatise cruellement les plus vulnérables de nos concitoyens.

Le 5 juin 2000

Merci de diffuser ce texte aux personnes, aux associations et Établissements du champ Sanitaire et Social qui souhaitent dire leur accord avec cette prise de position, de le faire savoir par écrit au Secrétariat Médical de la Clinique de La Borde 120, route de Tour en Sologne - 41700 Cour-Cheverny.

Dernière minute

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2001 voté fin octobre a relevé le seuil d'attribution de la C.M.U. de telle sorte que les patients bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé devraient désormais bénéficier de la C.M.U. Cependant, la plus grande vigilance reste de rigueur sur ce point.

Plaidoyer pour une démarche qualité en médecine libérale

Olivier Schmitt

Par nature, l'évaluation ne peut porter que sur ce que nous sommes capables de mesurer, de sorte qu'elle produit des résultats inévitablement partiels. Faute d'outils adaptés, l'impossibilité d'évaluer les aspects trop complexes risque de faire croire à leur inexistence ou à leur peu d'intérêt. À l'inverse, la démarche qualité, qui questionne les procédures soignantes en référence aux attentes d'un client donné, n'évacue pas la complexité des choses. Nous allons présenter successivement ces deux approches, en commençant par l'évaluation.

À propos du décret sur l'accréditation en médecine libérale (Décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales).

Dès l'article 1er. La confusion des concepts est remarquable :

> *" L'évaluation… vise à améliorer la qualité des soins… "*

Il y a là une confusion regrettable entre l'outil et le projet, c'est comme dire : " le ciseau du sculpteur vise à améliorer la beauté des cathédrales "

L'évaluation ne peut être une fin en soi, c'est un outil au service d'une démonstration qui peut s'intégrer dans une démarche qualité ou au décours de celle-ci.

L'évaluation permet de comparer. Comparer l'idée que l'on se fait de quelque chose à une certaine réalité (celle qui est quantifiable), comparer une activité avec une autre selon certains critères bien définis. Or nous savons bien que tout n'est pas comparable de cette manière : soit l'unité de mesure ne peut être la même, soit nous touchons à des domaines extrêmement complexes qui ne permettent pas une quantification simple.

Sauf à déraper vers la manipulation contre-scientifique, pour toute évaluation, le contexte doit être parfaitement repéré (la démarche dans laquelle elle s'inscrit), ainsi que son but et son unité de mesure. Ce n'est qu'après avoir répondu clairement à ces trois points que l'on peut envisager d'utiliser cet outil.

Avec l'évaluation, le problème est celui de vouloir la faire coûte que coûte, vouloir lui en faire dire beaucoup sans se donner les moyens souvent très lourds pour éviter les biais.

Élever l'évaluation en elle-même au rang d'obligation éthique apparaît pour ces raisons une attitude particulièrement dangereuse. Elle peut être à l'origine d'une appréciation réductrice des choses qui piège ainsi les décisions qui en découlent. Cela relève plus du désir de maîtrise aveugle que de l'honnêteté intellectuelle.

Un peu plus loin dans ce 1er article qui ne fait que cinq lignes :

> - *" Dans cette perspective [on suppose qu'il s'agit de la perspective du décret] elle [l'évaluation] permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie… "*

Que l'on dise que l'**optimisation des coût**s, entre autres choses, fait partie de la qualité, nous sommes bien d'accord. Mais que l'amélioration de la qualité des soins soit corrélée à la plus stricte économie, c'est quand même loin d'être prouvé si toutefois cela a un sens.

Par contre, ce qui a été parfaitement prouvé c'est que toute situation de test (comme l'évaluation) entraîne une baisse des performances intellectuelles des testés qui peut aller jusqu'à l'inhibition catastrophique en situation complexe.

Nous comprenons plus loin qu'il s'agit en fait dans ce décret de la mise en place d'une véritable accréditation bien que le mot n'y soit pas une seule fois utilisé !

- Fin de l'article 6 : Lorsque le médecin a satisfait sans réserve à l'évaluation, il reçoit une attestation, transmise aussi au Conseil de l'Ordre, et il peut en faire état. À l'inverse lorsqu'il n'a pas satisfait à l'évaluation, il y a signalement immédiat et circonstancié au Conseil de l'Ordre par le médecin contrôleur pudiquement appelé "médecin habilité".

Il s'agit donc bien d'une accréditation qui ne dit pas son nom. Accréditation que le décret veut faire faire par des confrères libéraux aux frais de l'URML1 qui vit de la cotisation des médecins libéraux, bref le décret nous demande d'organiser et de payer nos propres délateurs (capo soft mais capo quand même). N'est-ce pas un peu pervers ? D'autant que cela ne relève pas de l'intérêt objectif de l'URML qui ne peut travailler qu'avec l'adhésion de ses mandants.

Un autre aspect pervers apparaît avec le pseudo volontariat annoncé à l'article 2. Le volontariat est complètement biaisé par le fait qu'à partir du moment où il y a accréditation tous les organismes la demanderont (assurances maladie, complémentaires, vacations etc.) et cela deviendra ipso facto une obligation.

Pour une vraie démarche qualité :

Se donner les moyens pour agir le mieux possible est l'attitude éthique de base. C'est bien pour cela que l'obligation de moyen a de tout temps fait partie de notre déontologie et non l'obligation de résultat qui serait présomptueuse et inapplicable. Parmi ces moyens il y a le matériel, le temps, les sources d'information, l'appel à d'autres compétences et enfin le recul que l'on doit avoir sur la pertinence et l'application de ces moyens : la démarche qualité.

L'objectif de la démarche qualité est de mettre en œuvre tout ce qui permet de se rapprocher d'une réponse adaptée aux besoins et aux désirs, explicites ou non, du "client".

En conséquence, il faut commencer par déterminer avec respect et perspicacité les besoins et les désirs du "client".

Encore faut-il savoir par quel média on va entendre le "client" et quel aspect apparaîtra prioritaire selon le cas.

Sans parler du pouvoir médiatique à proprement parlé, grandement dominé par les laboratoires, voyons les trois aspects suivants :

- Si c'est par celui qui paye, ce n'est plus tellement directement le patient ou son entourage, c'est pour une grande part l'Assurance Maladie qui représente avant tout les cotisants.

- Si c'est par celui qui a le pouvoir politique, là non plus ce n'est plus directement le patient, c'est l'État dont la charge est de s'occuper du collectif dont l'intérêt peut entrer en conflit avec l'intérêt individuel.

- Si c'est par celui sur lequel le soin est appliqué, alors c'est le patient dont le médecin traitant est l'avocat naturel.

Par nature, les objectifs de ces trois pôles sont différents :

- L'objectif de l'Assurance Maladie est de ne pas payer trop cher et avoir des garanties sur le bien-fondé des actions. Le tiers payant lui donne un pouvoir exorbitant en faveur du moindre coût.

- L'objectif de l'État est d'assurer la santé publique, garantir la qualité de la formation initiale et la validité des diplômes et, depuis peu, de limiter les dépenses sanitaires.

- L'objectif du patient est de guérir, ou du moins souffrir le moins possible, être le moins handicapé possible le moins longtemps possible, ne pas trop perdre de chance de longévité.

Il y a manifestement là des conflits d'intérêt :

- Entre le patient et l'Assurance Maladie, il y a un objectif de qualité maximum d'un côté et celui d'un coût minimum de l'autre.

- Entre le patient et l'État, il y a l'intérêt individuel d'un côté et l'intérêt collectif de l'autre.

- Entre l'Assurance Maladie et l'État, il y a peu de conflits d'intérêts (d'où une certaine confusion entre les deux) mais n'oublions pas l'opposition possible entre santé publique et coût minimum lors de certains dépistages par exemple.

La démarche qualité devra en quelque sorte choisir son camp. Autrement dit, la démarche qualité ne pourra pas être la même si elle est au bénéfice direct de l'État et/ou de l'Assurance Maladie ou si elle est au bénéfice direct du patient. Les commanditaires ne sont pas les mêmes, les maîtres d'œuvre ne peuvent pas être les mêmes.

On comprend bien que la maîtrise d'œuvre d'une démarche qualité au service de l'État doit être assumée par une agence d'État (l'ANAES2 par exemple). De même, la maîtrise d'œuvre d'une démarche qualité au service de l'Assurance Maladie doit être assumée par une instance de l'Assurance Maladie (l'URCAM3 par exemple). Enfin, la spécificité du médecin libéral étant d'être avant tout au service du patient, la maîtrise d'œuvre d'une démarche qualité au service direct du patient doit naturellement échoir à l'URML.

Pour l'heure, nous voyons donc bien que le décret de décembre 1999 sur l'accréditation, logiquement commanditée par l'État, ne doit pas concerner l'URML. Un projet impliquant l'URML ne peut s'inscrire que dans une dynamique qui lui est spécifique même si son objectif intéresse, au moins moralement, toutes ces instances : la qualité des soins vis-à-vis du patient.

Ce que peut être une démarche qualité de l'URML.

L'objectif :
- La qualité des soins vis-à-vis des patients c'est-à-dire l'optimisation des actes et des coûts par rapport à leurs besoins et leur attente.
Et son corollaire :

- La qualité des conditions de travail des médecins.

Le contexte :

- Le réseau d'influence autour du médecin et son patient.
- Les tensions4 dues aux conflits d'obligations contradictoires.

Les moyens :

- Permettre au médecin praticien de :

    - Sortir de son isolement,
    - Faire entendre son expertise du terrain,
    - Rechercher et diffuser des démarches apportant des solutions.
    - Faire circuler l'information.
    - Mettre en place une dynamique fondée sur le désir de qualité des médecins et de tous.
    - Toucher à terme tous les médecins libéraux.

C'est pourquoi, dans la région Poitou-Charentes, il a été envisagé la mise en place du projet ESCULAPE dont nous aurons sans doute l'occasion de reparler

Olivier SCHMITT

1-Union Régionale des Médecins Libéraux.

2-Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. On peut d'ailleurs se poser quelques questions sur sa neutralité puisque son patron récemment nommé est issu entre autres de l'industrie pharmaceutique (voir le site de l'ANAES <www.anaes.fr>).

3-Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

4-Elles existent puisque le médecin est amené à ne pas pouvoir appliquer certaines recommandations cliniques alors qu'il y adhère !

OMS - Enfin, un rapport utile !

Jean-Jacques Laboutière

L'Organisation Mondiale de la Santé publie chaque année un "Rapport sur l'état de la santé dans le monde". La version 2000 de ce rapport mérite une attention particulière car, pour la première fois, il s'attache non seulement à étudier le niveau sanitaire mais encore les performances des systèmes de santé des 191 pays membres de l'O.M.S. Or, bien que cela n'ait pas fait grand bruit à l'époque de la publication de ce rapport, en juin dernier, il se trouve que c'est la France qui a obtenu la première place dans ce classement. Cela revient-il à dire que nous aurions le meilleur niveau sanitaire du monde ? Pas exactement, même si nous avons l'un des meilleurs et le premier d'Europe d'après cette étude. En revanche, cela veut dire que nous avons le système de santé le plus performant du monde.

Qu’est-ce qu’un système de santé ?

Précisons d’abord ce que l’O.M.S. entend par "système de santé". En effet, il ne s’agit pas seulement de l’équipement sanitaire du pays, comme le terme pourrait le laisser croire, mais aussi du financement de cet équipement ainsi que des structures administratives qui gèrent cet ensemble.

Adapté à la France, cela veut dire que le système de santé comprend toutes les professions de santé, qu’elles soient de statut privé ou public, tous les équipements (hôpitaux, cliniques, cabinets privés, centres de consultations publics, structures de soins à temps partiels, etc …), la Sécurité sociale et les mutuelles, ainsi que le Ministère de la Santé.

Pourquoi étudier les systèmes de santé ?

L’étude des systèmes de santé s’est imposée à l’O.M.S. sous l’impulsion de son nouveau Directeur Général, Mme le Docteur Gro Harlem Bruntland, à partir de deux constats qui posent immédiatement deux questions.

Tout d’abord, les pays qui consacrent des sommes équivalentes par habitant aux dépenses de santé obtiennent des résultats très inégaux en terme de niveau de santé de la population. De telles disparités sont – elles en rapport avec l’organisation des systèmes de santé ? Par ailleurs, dans les pays développés, alors que les patients disposent pourtant de toutes les ressources de la médecine moderne, les populations sont de plus en plus mécontentes de leurs systèmes de santé. Un tel écart entre d’importants moyens et la satisfaction des patients serait-il également en rapport avec les systèmes de santé ?

S’il apparaît que le niveau de santé des populations n’est pas lié uniquement aux moyens financiers mis en œuvre, comme on se contentait de le penser jusqu’alors, et que la satisfaction des usagers ne dépend pas non plus directement, tant s’en faut, de la technicité mise à leur disposition, quels autres facteurs peuvent expliquer ces phénomènes ? C’est précisément ce qu’essaye de saisir ce rapport.

Intérêt du rapport pour les médecins libéraux

Ce rapport ne s’intéresse pas spécifiquement à la santé mentale. Il présente donc peu d’intérêt spécifique pour la psychiatrie. Il est toutefois d’une utilité incontestable pour tous les professionnels de santé, et notamment les médecins libéraux que nous sommes, car, au terme d’un travail considérable qui a mobilisé des centaines d’experts durant près de deux ans, l’O.M.S. ne propose dans ce rapport rien moins qu’un outil de mesure des performances des systèmes de santé.

L’intérêt politique d’un tel outil ne doit pas être sous-estimé. En effet, nous sommes confrontés en France depuis des années à des accusations de gaspillage des ressources sanitaires. Ces accusations ont servi d’alibi à des réformes radicales non seulement du financement de la Sécurité sociale (élargissement de la C.S.G. au détriment des cotisations salariales) mais aussi dans l’organisation même des soins (ordonnances d’avril 1996). Bien que certaines réformes n’aient heureusement pas pleinement abouti du fait de l’opposition du corps médical, elles sont parvenues à imposer des contraintes très lourdes aux médecins libéraux, et prétendent en imposer d’autres, toujours sous le prétexte d’améliorer la qualité des soins tout en diminuant les coûts, c’est-à-dire sous le prétexte d’améliorer les performances de notre système de santé.

C’est précisément ici que ce rapport nous apporte un secours inespéré. En effet, face aux allégations des politiques qui massacrent tout autant notre système de protection sociale que la qualité des soins en prétendant "rationaliser", selon la formule consacrée, nous ne pouvions jusqu’alors que protester. Grâce à ce rapport, nous avons maintenant à notre disposition un instrument de mesure objectif, émanant d’une autorité internationale reconnue et incontestée en la matière qui va nous permettre de nous opposer de manière autrement efficace aux nouvelles réformes éventuelles puisque les effets de ces réformes seront désormais mesurables.

D’une certaine manière, grâce aux évaluations contenues dans ce rapport, il n’est pas excessif de dire que l’O.M.S. élargit sa fonction ; jusqu’alors observatoire de la santé, elle ajoute à ses missions celle d’observatoire de la protection sociale en matière d’assurance maladie. En s’appuyant sur ses publications, peut-être sera-t-il possible de sortir enfin du dialogue de sourds entretenu depuis 1995 avec les pouvoirs publics.

Encore faut-il le faire savoir, et l’on s’étonnera moins de la très grande discrétion avec laquelle ce rapport a été repris en France par les pouvoirs publics quand on prend la mesure de ses enjeux.

Intérêt du rapport pour les patients

Ce rapport n’est pas sans intérêt non plus pour les patients. En effet, tout au long du texte, deux grands principes sont inlassablement martelés :

- D’une part, le respect impératif de la dignité du patient, notamment en matière de confidentialité. On se trouve dans ce texte aux antipodes des propos de M. Johanet qui affirmait sans sourciller en mars 1999 que les Français devaient désormais choisir entre la confidentialité et le remboursement de leurs soins.

- D’autre part l’équité de la contribution financière et l’équité de l’accès aux soins. Le rapport de l’O.M.S. pose comme principe absolu que, dans un pays donné, toutes les ressources thérapeutiques doivent être accessibles à quiconque sans aucune discrimination financière. De même, la maladie étant un risque imprévisible, l’équité de la contribution financière est clairement posée comme devant être proportionnelle aux revenus des individus et non pas aux risques contre lesquels ces derniers veulent s’assurer.

Il s’agit donc là de prises de position claires et résolues, à la fois contre les exigences de transparence dont on nous rebat les oreilles en France et contre la privatisation de l’assurance maladie. De surcroît, non seulement ces principes éthiques sont affirmés par l’O.M.S., mais encore ils sont intégrés dans l’évaluation des performances des systèmes de santé, de sorte que les pays qui viendraient à les transgresser seront mécaniquement désavantagés dans ce classement.

Pourquoi la France a-t-elle le système de santé le plus performant ?

Le classement proposé dans le rapport de l’O.M.S. est une combinaison de six classements intermédiaires dont chacun étudie un aspect des systèmes de santé. Nous n’entrerons pas dans le détail, assez aride, des méthodologies et des calculs utilisés pour obtenir ces résultats, puisque chacun peut se reporter au texte même du rapport pour en connaître les détails.

Il faut savoir aussi que les données étudiées sont celles de 1997. Cela n’est pas sans importance pour notre pays puisque cela correspond à un moment où les ordonnances de 1996 n’étaient qu’à peine entrées en application.

Les six point étudiés sont les suivants :

- L’espérance de vie corrigée des années d’invalidité de la population. Il s’agit là de l’indicateur spécifique du niveau sanitaire du pays, considéré à l’heure actuelle comme le plus fiable par l’O.M.S. La France est troisième sur ce point, précédée par le Japon et l’Australie. En termes plus simples, la France serait donc, après le Japon et l’Australie, le pays du monde où le niveau sanitaire est le meilleur, c’est-à-dire vraisemblablement celui où l’on est le mieux soigné.

- La distribution du niveau sanitaire. Cet indicateur mesure l'égalité d'accès aux soins en fonction du niveau social. La France est ici douzième (précédée par : Chili, Royaume Uni, Japon, Norvège, Pologne, Grèce, Israël, Autriche, Saint-Marin, Suisse et Espagne).

- La réactivité du système. La réactivité intègre deux séries de données : d'une part le respect de la personne (dignité, confidentialité et autonomie des personnes et des familles concernant les décisions relatives à leur propre santé) ; d'autre part l'attention accordée aux patients (rapidité de la prise en charge, accès aux réseaux d'aide sociale pendant les soins, qualité de l'environnement et choix du prestataire). La France n'arrive ici qu'en 16ème position (précédée par : États-Unis, Suisse, Luxembourg, Danemark, Allemagne, Japon, Canada, Norvège, Pays-Bas, Suède, Chypre, Australie, Autriche, Monaco et Islande).

- La distribution de la réactivité, qui est l'égalité de cette réactivité en fonction du niveau social du patient. La France remonte ici en 3ème position (précédée des Émirats Arabes Unis et de la Bulgarie) mais pas moins de 38 pays, parmi lesquels tous les pays occidentaux, sont 3èmes ex æquo dans ce classement qui est donc très peu discriminant.

- Équité de la contribution financière. Il faut entendre ici la proportionnalité de la contribution financière de chacun par rapport à son revenu. Plus la contribution est proportionnelle aux revenus du patient, plus le système est jugé équitable ; plus la contribution correspond au coût réel des soins dont bénéficie le patient, moins la contribution est équitable. La France plonge ici à la 26ème position (précédée de : Colombie, Luxembourg, Belgique, Djibouti, Danemark, Irlande, Allemagne, Norvège, Japon, Finlande, Royaume-Uni, Autriche, Libye, Suède, Islande, Kiribati, Iles Salomon, Nauru, Canada, Iles Marshall, Pays-Bas, Emirats Arabes Unis, Nouvelle-Zélande, Cuba, Micronésie et Espagne).

- Réalisation globale des objectifs. L'O.M.S. propose ici un indicateur médico-économique au calcul fort complexe qui évalue dans quelle mesure les ressources financières sont affectées à des soins "rentables", c'est-à-dire utiles au plus grand nombre. La France est classée 6ème sur ce point (précédée de : Japon, Suisse, Norvège, Suède, Luxembourg).

Après combinaison de ces six classements, et bien que la France ne soit première dans aucun d'eux, elle arrive pourtant en tête du classement concernant la performance globale. C'est dire que, si l'on s'en tient aux aspects étudiés par l'O.M.S., le système de santé français serait "globalement" l'un de ceux dans lesquels on est le mieux soigné, quel que soit le niveau social, l'un de ceux dans lesquels on tient le mieux compte des attentes des patients, là encore quel que soit le niveau social , l'un de ceux où la contribution financière est le plus équitablement répartie et surtout celui dans lequel les ressources seraient finalement le mieux employées.

En dépit de la complexité de la méthodologie retenue par l'O.M.S., nous pouvons donc désormais affirmer haut et fort que ce rapport met un terme définitif à un mythe sur lequel les pouvoirs publics se fondent depuis des années : le gaspillage des ressources sanitaires. En plaçant la France en première position, ce rapport affirme au contraire que notre pays est celui où le ratio efficacité des soins / coût des soins est le meilleur, c'est-à-dire celui où il y a le moins de gaspillage.

Cela ne suffira peut-être pas à infléchir les politiques sanitaires, mais du moins cela obligera-t-il désormais le Politique à assumer devant l'opinion la véritable nature de ses choix : réduire à tous prix les dépenses de santé, sans aucun souci de la qualité des soins.

Qu'est-ce qu'un bon système de santé ?

Ainsi que nous venons de le voir, cette première place de la France dans le classement de l'O.M.S. n'est dûe qu'à l'application mécanique de formules mathématiques préétablies sur les données quantitatives des

systèmes de santé des pays membres de l'O.M.S. Cependant, à aucun moment, le rapport ne cherche à analyser quelles particularités le système de santé français pourrait présenter pour parvenir à ce résultat, ce qui est fort regrettable. Le contenu du rapport se limite à décrire et argumenter les indicateurs retenus pour évaluer les performances des systèmes de santé.

L'O.M.S. ne prétend pas définir un système de santé idéal, et se borne à comparer entre eux les systèmes existants. Cependant, dans la mesure où c'est elle qui met au point les indicateurs qui permettent cette évaluation, il va de soi qu'elle se réfère à une conception implicite du meilleur système de santé possible. Nous essayerons donc pour terminer de cerner ce que peut être ce système de santé modèle.

Contre le manage-care

Il est évident que les H.M.O. américains, et plus généralement le financement de l'assurance maladie par l'assurance privée n'a pas la faveur de l'O.M.S. Ce rapport exprime en effet des critiques sans ambiguïté contre le manage-care, et plus généralement contre les assurances privées. Ces critiques rejoignent d'ailleurs celles que les psychiatres privés font valoir depuis longtemps, à savoir :

- les attaques répétées à la dignité du patient en termes de confidentialité ;

- la perte de chance face à la maladie pour les moins fortunés du fait que les assurances privées fonctionnent généralement sur le principe selon lequel le patient s'assure pour des risques sanitaires prédéfinis et non pas globalement pour sa santé ;

- la ségrégation opérée par la sélection des patients présentant le moins de risques et le rejet des autres : les psychiatres ont de tout temps questionné le devenir des patients psychotiques dans un tel système ;

- la mauvaise grâce que mettent parfois les assurances privées à payer les prestations assurées.

Pour une politique de santé affirmée avec une administration forte

Malheureusement, la contrepartie de cette défiance envers les assurances privées conduit les rédacteurs du rapport à prôner un système de santé essentiellement administré par l'État, seul rempart peut-être contre le marchandisage de la santé.

En effet, ce système de santé "idéal" devrait avoir, entre autres, les caractéristiques suivantes :

- Proposer un panier de soins dont la composition relève de la seule administration. La demande des patients, si elle doit être prise en compte au regard du respect de leur dignité et de l'organisation des soins (réactivité), ne peut pas constituer un ressort légitime de la mise en œuvre de soins dont l'administration considèrerait que le pays concerné n'a pas les moyens de les offrir à ses administrés.

- S'assurer qu'aucun système privé parallèle ne peut fournir les soins exclus du panier de soins afin de maintenir l'équité entre riches et pauvres. Les soignants, selon la terminologie consacrée, sont des "prestataires de soins" dont les prestations sont globalement achetées par l'assurance maladie et il est hors de question qu'ils gaspillent leur temps à "vendre" directement d'autres soins à ceux qui pourraient les financer.

- Éliminer le paiement direct au profit d'un système de prépaiement proportionnel au revenu de chacun et non pas en rapport avec l'usage qu'il fera éventuellement du système de soins.

- Favoriser le travail en réseau des professionnels de santé, et si possible grâce à des réseaux virtuels (informatiques).

- Être centré sur un ministère de santé puissant, qui se donne les moyens d'appliquer sa politique et de contrôler les points précédents.

L'O.M.S., ne nous leurrons pas, ne prend donc partie contre la privatisation de l'assurance maladie que pour promouvoir une médecine publique sévèrement contrôlée par une administration puissante, et dans le cadre de laquelle les médecins se voient assigné un rôle proche de celui des "officiers de santé".

Prise en compte de la médecine libérale

Ce centralisme administratif est cependant tempéré par les conclusions générales du rapport relatives aux principales lacunes des systèmes de santé étudiés dans le monde. Parmi celles-ci on observera que deux points restent résolument en faveur de la médecine privée. On pourrait même se demander si le premier de ces points n'aurait pas été rédigé tout spécialement pour la France.

Ces conclusions finales sont les suivantes

- De nombreux ministères de la santé privilégient le secteur public aux dépens du secteur privé des soins de santé, qui est souvent beaucoup plus important.

- Dans de nombreux pays, certains médecins, sinon la totalité, travaillent simultanément pour l'État et à titre privé. Cela revient finalement à faire subventionner une médecine libérale non officielle par le secteur public.

- De nombreux gouvernements laissent subsister un "marché noir" de la santé, où la corruption généralisée, les paiements illicites, le cumul d'emplois et autres pratiques illégales sévissent. Ce marché noir, qui est lui-même le produit du dysfonctionnement des systèmes de santé et du faible revenu des agents de santé, fragilise davantage les systèmes.

- De nombreux ministères de la santé négligent de faire appliquer les règles qu'ils ont eux-mêmes édictées ou qu'ils sont censés mettre en vigueur dans l'intérêt public.

Il y a donc bien place pour une médecine libérale et les États sont invités à en tenir compte. À l'évidence, ce n'est pas tant le principe même de la médecine libérale que conteste l'O.M.S. que l'idée que les plus démunis n'auraient pas accès à cette médecine.

Conclusions

Pour des raisons dont personne n'est dupe qu'elles sont avant tout idéologiques, liées à l'impératif économique de diminution du coût de la main d'œuvre, les gouvernements successifs ont imposé depuis 1995 à notre système de santé de pesantes réformes afin de réduire les dépenses de santé, et sans aucune garantie du maintien de la qualité des soins.

Face à ce mouvement, les représentations professionnelles ont constamment opposé les protestations les plus fermes mais leur impact demeurait limité faute de disposer d'instruments de mesures permettant d'évaluer précisément l'effet de ces réformes sur les performances de notre système de santé.

Le "Rapport sur l'état de la santé dans le monde" publié par l'O.M.S. en juin 2000 propose une série d'indicateurs qui permettront désormais d'évaluer les performances des systèmes de santé des 191 pays membres de l'O.M.S. Ces indicateurs tiennent essentiellement compte de la bonne utilisation des ressources mais intègrent aussi des paramètres d'ordre éthique (respect de la dignité de patient, équité de l'accès au soin et de la contribution financière).

Ce classement sera actualisé chaque année dans les éditions ultérieures du rapport, de sorte qu'il sera désormais possible d'évaluer l'effet des réformes proposées par nos gouvernements sur les performances de notre système de santé.

Pour cette année 2000, sur des données datant de 1997, il apparaît que la France présente le système de santé le plus performant du monde. Si elle devait perdre ce rang l'an prochain, ou plus tard, nous serions fondés à opposer aux pouvoirs publics la dégradation objective du système de santé de notre pays entraîné par leur politique.

Le choix des indicateurs proposés dans ce rapport, la garantie qu'il seront désormais publiés chaque année, constituent donc un puissant ressort pour tous les citoyens, de quelques pays qu'ils soient, pour sommer leurs gouvernements de se saisir de nouveau d'une politique de santé digne de ce nom, c'est-à-dire qui s'attache à promouvoir à la fois la qualité des soins et leur distribution équitable et suffisante, plutôt que de se contenter, sous prétexte de rationalisation, de sacrifier la protection sociale aux exigences de l'économie.

Cet objectif ne peut cependant être atteint sans une très large publicité des résultats de ce rapport auprès des patients, et ceci d'autant plus que les performances de notre système de santé viendraient à se dégrader dans les prochaines années.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

Brèves : arrêté du 3 août 2000

Martine Burdet-Dubuc

"Les médecins sont tenus de mentionner... les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail ".

À la lecture de cet arrêt… reçu par la poste le 2 octobre, on se demande : quelles complications les services administratifs vont-ils chercher ?

Certes les nouveaux modèles d'arrêts de travail joints à l'envoi de cette lettre montrent que la feuille sur laquelle doit figurer le diagnostic (si j'ai bien compris c'est de cela dont il s'agit puisque sur les anciennes feuilles en bas de page sous l'indication MOTIF MÉDICAL, il était écrit : … l'indication d'un diagnostic n'est pas obligatoire) doit être envoyée au service médical avec l'enveloppe standardisée "Monsieur le Médecin Conseil", afin, y est-il mentionné "de préserver le secret médical".

Mais sommes-nous encore soupçonnés de malversations ? D'irrégularités dans notre travail ?

Ou bien l'œil du médecin conseil, chargé dorénavant de l'efficacité de la gestion de son centre va-t-il détecter, tel Big Brother, les diagnostics incertains, les complaisances sans consistance, des arrêts qui ne nécessitent pas de remboursement ?

Quel est l'intérêt de cette nouvelle forme de contrôle ? **Surveiller et punir** ?

L’importante énergie employée à faire du neuf, puisque la lettre nous informe qu’à la réception des nouvelles feuilles il faudra jeter les anciennes (au diable l’avarice), et la répétition signifiante de cet irréductible acharnement à détruire nos outils de travail habituels, doit certainement couvrir des conceptions nouvelles des maladies et de leurs traitements, ce que nous ignorons encore !

Comme j’ai hâte de comprendre ce que je dois penser du cadre épuisé auquel on demande de travailler le dimanche pour que son entreprise puisse tenir dans la compétition acharnée à laquelle se livrent la plupart des entreprises, des employés dépressifs auxquels on demande de ne plus réfléchir pour exécuter plus rapidement les consignes données, ou de ceux qui sont angoissés, isolés, rivés à leur poste et tenus de faire figurer sur leur ordinateur les pauses pipi de la journée !!

A quoi sert donc ce travail, celui que nous devons parfois suspendre pour leur santé, c’est là une réflexion à laquelle je me livre avec eux : sert-il à améliorer leurs conditions de vie ? à leur garantir un avenir plus serein ? à se sentir utiles aux autres ? à aider l’environnement humain à progresser ?

À cela ils me répondent, débonnaires qu’ils lisent les journaux et savent que marche ou crève est la nouvelle devise pour cette économie nouvelle, ... que l’avenir est pollué, qu’ils sont nombreux à se sentir déboussolés…

Georges Orwell l’avait écrit, la grande économie est lancée, il ne faut pas l’arrêter... et interdit de faire des arrêts sans motifs médicaux labellisés, car nous ne sommes que des médecins après tout !!!

Martine Burdet-Dubuc

Télétransmission

Jean-Jacques Laboutière

Nous recevons toujours de très nombreux courriers de nos adhérents demandant des précisions sur la position à prendre sur la télétransmission. Ainsi que nous l’avons déjà publié, la position du S.N.P.P. est la suivante.

Dès 1997, le S.N.P.P. a déconseillé à ses adhérents de solliciter la subvention de 9.000 F pour l’aide à l’informatisation. Une très forte pression de la part des C.P.A.M. s’exerce depuis plusieurs mois sur les collègues qui ont sollicité cette subvention. Nous ne pouvons que conseiller de restituer cette subvention. Vous pouvez cependant attendre pour le faire d’avoir reçu un titre exécutoire de remboursement émanant de la CNAM TS, lequel vous donne un délai de 2 mois pour procéder au remboursement.

Par ailleurs, le décret du 12 août 1999 portant modification du règlement conventionnel minimum oblige tous les médecins conventionnés à proposer le service de la télétransmission aux patients. Nos adhérents nous ont alertés sur le fait que certaines C.P.A.M. commencent à faire pression sur tous les praticiens en se basant sur ce décret, même s’ils n’ont pas demandé la subvention de 9.000 F.

Nous demandons à nos adhérents de maintenir dans ce cas leur opposition à la télétransmission. Outre les raisons de mise en péril de la confidentialité, qui restent au cœur de notre hostilité, le S.N.P.P. considère que le fait que le praticien garantisse lui-même la procédure de remboursement n’est pas compatible avec la position de psychothérapeute.

Jean-Jacques Laboutière

Le fichier 27-10.txt n'existe pas