Sommaire du BIPP n° 29 - Mars 2001

Editorial : \Le temps du Livre Blanc\" - Antoine Besse"

Psychothérapie du psychiatre - Jean-Jacques Laboutière

Evaluation, accréditation, FMC, démarche qualité... Olivier Schmitt

Résumé des positions syndicales du SNPP

Exercice salarié - Marc Maximin

Le temps du Livre Blanc

Antoine Besse

Après les élections municipales et cantonales nos décideurs politiques vont s'attaquer aux lois de "modernisation sociale" (loi de 75 révisée, déjà votée par l'Assemblée Nationale le 2 février 2001) puis la loi "de modernisation de la médecine". Or, les technocrates et les politiques de notre pays n'ont toujours pas compris la psychiatrie. Chaque gouvernement commande un rapport puis impose ensuite un diktat à notre profession sans comprendre. En cela, ils ne respectent ni les exigences éthiques, ni techniques de pratiques reconnues unanimement par tous les psychiatres privés publiques et universitaires. Ils sont sûrs de leur croyance "au nom de l'intérêt des citoyens et usagers du système de soin". Le fait que notre discipline soit médicale, — une des branches antiques de la médecine depuis Galien... — semble faire problème dans la mesure où notre discipline, multiprofessionnelle, associe de nombreuses spécialités paramédicales et des sciences humaines dans ses équipes de soin.

Toute cette organisation psychiatrique des soins apportés au sujet souffrant s'est affirmée après des luttes pour séparer la psychiatrie de la neurologie. Cet ensemble s’est structuré au fil des années par les expériences du secteur, des institutions associatives ambulatoires et hospitalières, suivi du développement de la psychiatrie privée libérale et hospitalière. Ensuite il nous a fallu conquérir de véritables moyens financiers pour réaliser des équipements de grande qualité reconnus partout dans le monde, parfois comme des exemples et des modèles.

Enfin, plusieurs générations de cliniciens, de chercheurs, de théoriciens, d'universitaires avaient su allier à la clinique les enseignements de la psychanalyse puis des courants venus compléter les manques du côté d’autres paradigmes (systémiques et autres…) dans une coexistence au début tumultueuse mais fructueuse pour les patients.

Aujourd'hui, il n’y a plus d'interne dans les services à part les C.H.U., plus de praticiens hospitaliers dans de nombreux services périphériques paralysant la psychiatrie publique.

Dans le secteur associatif du médico-social, la situation est semblable. En libéral c’est la saturation. La courbe démographique s'est inversée : dans dix ans nous serons 8 000 en tout — publics et privés — si rien ne vient inverser la tendance.

Le nouveau Ministre de la Santé, B. Kouchner dans son discours inaugural aux 4es Rencontres de la Psychiatrie, le 28 février 2001, confirmait, hélas une fois de plus, cette méconnaissance de la psychiatrie.

Certes, nous souhaitons, comme lui, mettre l'usager au centre du dispositif de soin, mais pas en annulant la hiérarchisation des compétences et des besoins thérapeutiques des patients ainsi que les spécificités et les différences entre professionnels.

Nous avons l'habitude de déléguer aux autres professionnels qui travaillent au sein des équipes de soin de même que les échanges fructueux entre praticiens et autres professionnels en exercice libéral ne datent pas d'hier.

En déléguant ses pouvoirs thérapeutiques — et non sa responsabilité qui reste au mieux partagée avec les autres professionnels du soin — le psychiatre assure une coordination voire une animation dans un échange partenarial avec les autres ou ses pairs. Pourquoi vouloir nous déposséder de ce qui relève actuellement de notre décision dans la complexité des situations cliniques ?

En voulant administrativement trop réglementer, contrôler, évaluer quantitativement, l'État n'est-il pas en train de casser un outil fragile, précieux, fruit d'un demi-siècle de réflexions et d'élaborations fondées et approfondies.

L'exemple du PMSI, que nous combattons avec l'ensemble des syndicats de psychiatres privés et salariés du pays, est un point de buttée où nous devons résister de toutes nos forces.

Nous refusons cet enfermement de l'évaluation des pratiques dans des fragmentations nosographiques étroitement liées à des opérations comptables. Les effets cliniques et les conséquences sur l'évolution de la santé psychique (ou mentale) des malades ne sauraient être ignorés. Tout cela méconnaît la dimension du contenu "intérieur" invisible du processus thérapeutique impliquant les soignants et le sujet souffrant. Réduire les temps de séjour à des durées de crises aiguës pénalise souvent les malades chroniques souffrant de maladie grave.

En nous privant du temps de penser cette clinique en profondeur, celle-ci s'abâtardira, réduisant l'observation à des zones superficielles de la personne souffrante qui annulerait toute évolution solide.

Enfin, le temps si précieux du moyen terme — où mûrissent les prolégomènes des processus thérapeutiques (psychothérapie individuelle ou de groupe) — permet aux malades des traitements ultérieurs et rend plus fructueuses les hospitalisations.

Enfin, la loi de 75 révisée risque de limiter la présence des psychiatres uniquement dans les structures de soin dévolues aux phases aigües. Cela enlèverait aux malades, en dehors de ces moments cliniquement bruyants, tout accès au soin institutionnel.

Notre interlocuteur nous parle comme s'il s'adressait à une "corporation" conservatrice ou "has been" ?

Certes, nos mises à distance thérapeutiques déroutent les familles. Nos écoutes et traitements non directifs (mais pas toujours) nos débats théoriques et nos paradigmes conceptuels, parfois très dialectiques, cohabitent de manière fructueuse, mais semblent trop compliqués à faire entendre à nos décideurs.

Il faudra du courage, de l'ardeur pour apprendre à communiquer nos savoir-faire et la pertinence de nos pratiques.

Le tintamarre des tambours scalaires, moléculaires et des oracles annonçant la toute puissance du biologique sur notre discipline a fait de gros dégâts ! Depuis que les neurosciences ont trouvé leur place en psychiatrie avec plus de modestie, nos collègues de toutes les générations retrouvent enfin la parole.

Ce qui est "bruyant" en clinique n'est pas toujours le plus grave. Nos patients souvent les plus atteints et ayant le plus besoin de soin sont dans une souffrance psychique intérieure difficile à exprimer et à parler. Nous devons actuellement venir tout près de patient sans demande visible mais en grande souffrance.

Que dire en cette entrée de 3ème millénaire à des politiques ignorant tout de la réalité psychiatrique telle que nous la connaissons ?

Aujourd'hui nous sommes prêts à améliorer encore les liens et la coordination de nos pratiques, mais seulement lorsque cela s'avère utile et pertinent.

Antoine BESSE

La psychothérapie du psychiatre

Jean-Jacques Laboutière

Le débat sur la réglementation de l'exercice des psychothérapies que nous avons lancé dans le BIPP a suscité plusieurs contributions. Nous présentons ici une tentative de synthèse des différentes prises de position qui nous sont parvenues. Le texte ci-desssous a été présenté dans le cadre de l'atelier "Psychothérapie en question" qui a été organisé par l'AFPEP au cours des 4es Journées de la Psychiatrie le 2 mars dernier.

Les propositions de loi[1] visant à réglementer l'exercice des psychothérapies ont très logiquement relancé l'éternel débat sur la place de la psychothérapie dans la pratique du psychiatre. A cette occasion l'AFPEP a demandé aux psychiatres privés de s'exprimer sur le sujet. Un certain nombre de contributions nous sont parvenues qui ont été régulièrement publiées dans notre bulletin. Je me propose ici de vous présenter une tentative de synthèse de ces contributions qui peuvent, sans doute, constituer une approche assez fidèle de ce que les psychiatres privés considèrent comme "la psychothérapie du psychiatre". J'essayerai ensuite d'en tirer quelques questions qui pourront être discutées dans le débat que nous aurons tout à l'heure.

Il faut préciser d'emblée que les contributions que nous avons reçues émanent toutes de psychiatres d'exercice privé et qu'elles se réfèrent uniquement à l'exercice de la psychothérapie dans le cadre du cabinet libéral. De surcroît, bien que le débat ait été ouvert à l'ensemble des psychiatres d'exercice libéral, leurs auteurs, à l'exception d'un seul, sont des adhérents de l'AFPEP ; bien que notre association se soit toujours interdite d'a priori théorique, il est parfois dit – et cela n'est sans doute pas faux – qu'elle regroupe majoritairement des psychiatres ayant une formation, voire une pratique analytique, même si elle a toujours été ouverte aux autres courants théoriques.

Les limites de la validité de cette étude devront donc être appréciées en fonction de ces données; nous rappelons aussi que la surface de nos adhérents représente environ un quart des psychiatres privés, ce qui permet de reconnaître à ce travail une indiscutable représentativité.

I. Synthèse des contributions

A. La psychothérapie est une dimension du travail du psychiatre

Un point fort ressort de manière unanime. Avant même d'être envisagée comme une pratique, la psychothérapie doit d'abord être considérée comme une dimension inhérente à la clinique et à la pratique psychiatrique. Le psychiatre se veut à la fois médecin spécialiste en psychopathologie et psychothérapeute, dans une acception certes particulière du terme, sur laquelle nous aurons à revenir, et qui veut exprimer le fait qu'il est un spécialiste de la relation thérapeutique.

1. Une compétence clinique spécifique

En d'autres termes, le psychiatre est un médecin qui soutient et articule constamment dans sa pratique deux approches cliniques différentes mais compatibles : une lecture médicale des symptômes qui lui sont donnés d'observer et, simultanément, une lecture intra et intersubjective de ces symptômes dans le cadre d'une relation thérapeutique, c'est-à-dire une relation d'emblée soignante. Comme l'écrit l'un de nos contributeurs : "[Que l'on se place dans le cadre d'une] clinique qui aborde le symptôme par une technique suggestive, de soutien et/ou la chimiothérapie, ou bien une clinique qui vise à découvrir le symptôme et orienter sa subjectivation par le jeu du transfert, cela s'inscrit de toute façon, pour une seule consultation ou à long terme, dans un travail psychothérapeutique[2]".

Cette lecture clinique à double niveau spécifie radicalement l'acte psychiatrique par rapport aussi bien à tout acte médical effectué par un médecin somaticien que par rapport au travail du psychologue.

Il est vrai, en effet, que tout médecin somaticien peut, comme tout soignant, nouer une relation thérapeutique avec son patient. Freud lui-même n'écrivait-il pas : "Laissez-moi vous rappeler que la psychothérapie n'est nullement une méthode curative nouvelle. Bien au contraire, c'est la forme la plus ancienne de la thérapeutique médicale[3]". Cependant, cette relation ne fonde pas dans ce cas une lecture clinique particulière des symptômes; ils demeurent les signes d'une pathologie derrière lesquels, dans ce cas, "il n'y a nul sujet[4]".

Quant au psychologue, si sa compétence pour opérer cette lecture intra et intersubjective des symptômes ne fait aucun doute, sa formation ne lui permet pas, à la différence du psychiatre, de l'articuler à une lecture médicale.

2. Une relation d'emblée thérapeutique

En outre, comme nous l'avons indiqué à l'instant, mais il faut y revenir, cette approche clinique se veut en elle-même psychothérapique. Il doit être rappelé avec force dans le débat qui nous occupe aujourd'hui que, avant même toute mise en œuvre de techniques particulières relevant de méthodes psychothérapiques spécifiques, le fait même d'accueillir le symptôme comme manifestation singulière du sujet, et non pas comme le signe univoque et constant d'une maladie, opère déjà un effet thérapeutique incontestable.

Il est évidemment nécessaire que la relation avec le patient, dans laquelle ce travail de subjectivation du symptôme va s'opérer, soit autant que possible contrôlée par le thérapeute, de même qu'il est certain que la mise en œuvre de certaines techniques va renforcer les effets thérapeutiques. A ce titre, chacun reconnaît qu'il y a donc bien nécessité d'une formation préalable du thérapeute tout autant au contrôle de la relation à travers une démarche personnelle, que sur le plan technique à travers l'apprentissage de méthodes psychothérapiques spécifiées.

Cependant, et c'est probablement l'un des plus graves dangers du problème qui nous occupe aujourd'hui, cette exigence de formation, si indispensable qu'elle soit, ne doit pas faire oublier – ou pire encore, nier, – non seulement qu'il y ait déjà un opératoire psychothérapique dans l'approche clinique spécifique des psychiatres et des psychologues, mais encore que nulle technique psychothérapique ne pourrait valablement prétendre avoir des effets thérapeutiques hors de cette compétence clinique particulière.

Citons pour conclure sur ce sujet deux de nos contributeurs: "Cette approche […] permet d'ancrer la psychothérapie dans le champ de la psychiatrie parce qu'elle est dominée par la relation soignante qui en est la substance même[5]" et : "Ce n'est pas l'impératif de la technologie ou de la science qui donne à la pratique psychiatrique sa raison d'être, mais l'élaboration du discours médecin - malade, à partir de leur rencontre singulière[6]".

B. Faut-il distinguer les pratiques médicales et psychothérapiques ?

Un autre axe de réflexion émergeant de ces contributions est l'éventuelle nécessité de distinguer formellement la pratique psychothérapique dans l'exercice du psychiatre.

La réglementation actuelle n'introduit aucune distinction à ce niveau, les actes des psychiatres étant systématiquement repérés par une seule lettre clef dans la nomenclature. Cette lettre clef, d'ailleurs commune aux psychiatres et aux neurologues, est le CNPSY, qui désigne l'acte de consultation. Depuis une circulaire du service médical de la CNAM TS datant de 1974[7], cette lettre clef sert également, par assimilation, à coter les séances de psychothérapies.

Un seul de nos contributeurs regrette que l'exercice de la psychothérapie ne soit pas formellement repéré dans l'exercice psychiatrique. Encore ce regret se fonde-t-il sur la crainte d'une réduction du travail psychiatrique à sa dimension strictement médicale. Je le cite : "Le gouvernement tend à réduire le travail du psychiatre à un acte purement médical, […]. Tant que vous défendrez l'idée d'un acte unique psychiatrique, vous serez sous la pression de cette tentative réductionniste de notre travail[8]".

L'on voit donc bien que cette divergence est purement tactique. Sur le fond, l'unanimité demeure quant au fait que la psychothérapie constitue une dimension toujours à l'œuvre dans le travail du psychiatre et que le nier constituerait une réduction inacceptable de ce travail. Sa dissociation formelle ne pourrait donc éventuellement être envisagée que pour la faire mieux reconnaître. C'est pourquoi, la majorité des collègues, relayés sur ce point par les représentations professionnelles, préfèrent refuser de distinguer l'activité psychothérapique de l'activité de consultation.

C. Qui peut-être psychothérapeute ?

A aucun moment les psychiatres ne prétendent être les seuls praticiens à pouvoir exercer la psychothérapie. Non seulement ils sont parfaitement lucides sur le fait qu'ils ne peuvent, à eux seuls, faire face à toutes les demandes de soins, et ceci d'autant plus qu'ils sont victimes d'une démographie en sensible régression, mais ils reconnaissent d'emblée que la dimension psychothérapique fait incontestablement partie d'autres métiers de la santé mentale. "D'autres que nous, et notamment les psychologues, les infirmiers psychiatriques, intègrent cette même dimension [psychothérapique] dans leur exercice professionnel[9]".

La compétence psychothérapique des psychologues est reconnue sans aucune réserve : "Nous connaissons tous des psychologues que nous aimons recommander, d'autres moins[10]".

L'on dit souvent que la psychiatrie est une spécialité multidisciplinaire. Il serait plus exact, pour mieux refléter l'opinion des psychiatres, de dire qu'il s'agit d'une discipline multiprofessionnelle, dans le cadre de laquelle les compétences peuvent éventuellement être partagées entre plusieurs métiers dès lors que cette compétence est assurée.

Cependant, dans la mesure où il existe un consensus fort parmi les psychiatres pour rappeler que la compétence psychothérapique doit avant tout se fonder sur une compétence clinique spécifique, il paraît impossible de reconnaître cette compétence psychothérapique à des professionnels qui n'auraient pas préalablement bénéficié d'une solide formation psychopathologique au cours de leurs études, ce qui restreint a priori le champ d'exercice aux psychologues et aux psychiatres.

D. Questions de garantie

La proposition de loi[11] visant à instaurer une profession de psychothérapeute distincte de celles de psychiatres et de psychologues, prend comme prétexte qu'il y aurait une insuffisance de formation des psychiatres (et d'ailleurs des psychologues) à la psychothérapie. Certes ces formations, comme toutes formations, sont perfectibles mais je ne développerai pas ce point qui a été spécifiquement exposé par le Pr Patris.

Sans jamais nier la nécessité d'une formation psychothérapique, insistant en outre sur l'impératif d'une formation psychopathologique préalable, plusieurs de nos contributeurs soulèvent cependant le problème posé par cette volonté de garantie de compétence à travers la formation, qui apparaît comme une totale incompréhension de la part des pouvoirs publics de ce qu'est la psychothérapie.

On peut voir dans cette critique l'influence très majoritaire de la formation psychanalytique parmi les collègues mais, de manière unanime, cette garantie de compétence au travers de la seule formation paraît très illusoire en matière psychothérapique.

C'est en revanche à travers un encadrement déontologique de la profession, et surtout et avant tout d'une éthique personnelle, que cette garantie de compétence, sans jamais pouvoir être absolument atteinte, peut se rechercher. "Nous vous demandons de nous faire le crédit d'être porteur et transmetteur d'une éthique[12]" dit l'un de nos contributeurs.

Pour un autre[13], il serait à la rigueur possible de distinguer entre obligations légales, qui recouvriraient la formation et l'adhésion à une déontologie, et obligations morales, parmi lesquelles une démarche psychothérapique personnelle, mais qui ne peuvent être réglementées.

E. Rapports avec la psychanalyse

Le dernier axe de réflexion que je tirerai de ces contributions concerne les rapports complexes entre la psychothérapie et la psychanalyse. Comme je l'ai déjà dit, la majorité des contributeurs ont une formation psychanalytique, voire une pratique analytique pour certains, de sorte qu'il n'est pas étonnant que cette question soit abordée.

Le premier point, très évident, est qu'il n'y a pas d'amalgame entre la cure psychanalytique type et la psychothérapie du psychiatre. La psychanalyse est clairement repérée comme relevant d'une pratique spécifique, supposant elle-même une formation et un cadre particuliers. L'amalgame semble plutôt ici le fait d'instances extérieures à la profession, notamment de la part du Conseil National de l'Ordre, qui assimile la psychanalyse à une technique psychothérapique dès lors qu'elle est pratiquée par les psychiatres.

La question serait plutôt de savoir s'il existe une psychothérapie d'inspiration analytique, en d'autres termes de savoir s'il existe bien une possibilité de travail sur l'inconscient en dehors de la cure type. L'une des contributions les plus importantes[14] est consacrée à discuter cette question et conclut par l'affirmative ; le sentiment que l'on peut avoir à travers les échanges avec les collègues est qu'il s'agit ici d'une position majoritaire parmi eux.

Il convient aussi d'observer, en confrontant les contributions que nous avons recueillies avec les publications plus anciennes de notre association sur le sujet[15], que ce débat sur les rapports de la pratique du psychiatre avec la psychanalyse est beaucoup moins passionné que ce qu'il semblait être il y a une quinzaine d'années. Si importante qu'elle soit encore comme référence, la psychanalyse n'apparaît plus comme "l'horizon indépassable des psychothérapies[16]", comme le dit l'un de nos contributeurs.

II. Discussion

Au total, que pouvons-nous retenir de ces contributions pour le débat qui nous occupe ? Je me contenterai de trois ordres de remarques que je soumets au débat.

A. Vers une psychiatrie sans psychiatre

Tout d'abord la position médicale et la compétence clinique spécifique du psychiatre font que, quoi qu'il advienne sur le plan réglementaire, la psychothérapie ne peut être conçue que comme l'une des dimensions de son travail; tout métier de psychothérapeute qui viendrait à être institué ne peut donc être perçu que comme une réduction par rapport à celui de psychiatre. Ce nouveau métier ne devrait donc pas concerner les

psychiatres, puisque, par définition, leur propre travail excède les limites qui seraient assignées à cette nouvelle profession.

Cette dimension psychothérapique est, en outre, toujours présente dans le travail du psychiatre, même dans une seule consultation. Distinguer formellement la dimension psychothérapique et la dimension médicale du travail du psychiatre pourrait peut-être s'envisager s'il était besoin de mieux faire reconnaître dans les textes la fonction psychothérapique du psychiatre, bien que la profession reste majoritairement hostile à une telle idée, mais ne rendrait pas véritablement compte de la complexité de ce travail.

Pour cette même raison, si les psychiatres admettent sans difficulté qu'ils exercent dans une discipline multiprofessionnelle où il y a place pour d'autres métiers, poser comme principe que la psychothérapie doive obligatoirement faire l'objet d'un seul métier revient à annuler mécaniquement la spécificité professionnelle du psychiatre; c'est prétendre que l'on peut faire de la psychiatrie sans psychiatre.

B. Le devenir de la santé mentale

Une telle décision aurait de multiples effets que l'on doit prendre le temps de peser mûrement. En effet, c'est au minimum anéantir la psychiatrie et la scinder en deux disciplines distinctes : d'une part les neurosciences, forme la plus élaborée de la neurologie, qui resteraient dans le champ de la médecine, et d'autre part les psychothérapies qui en sortiraient.

Cela aurait probablement des effets ravageurs sur la médecine, et donc sur les patients, puisque plus rien ne viendrait questionner, ni borner, les prétentions scientistes et hyper techniciennes de la médecine contemporaine en son sein même.

Mais les effets seraient encore plus dévastateurs pour ce qui ne serait plus désormais que la santé mentale, et non plus la psychiatrie. En effet, supprimer la psychiatrie, c'est revenir à un séparatisme de principe entre psyché et soma, c'est-à-dire à une position idéologique, et donc se couper radicalement de toute ambition scientifique en cette matière.

Dès lors, il est à craindre que la psychothérapie, après avoir sans doute transité un temps dans le champ de la psychologie, qui pourra certes encore lui donner un minimum de consistance théorique, n'en vienne à terme à se diluer, au mieux, dans le champ des pratiques sociales, et, au pire, dans le registre des croyances, ouvrant ainsi la voie à toutes les dérives que l'instauration du métier de psychothérapeute voudrait précisément éviter.

C. Ambiguïtés et paradoxes de la proposition

Enfin, nous observons que l'exposé des motifs de la proposition de loi voulant instaurer cette profession de psychothérapeute[17] ne manque pas d'ambiguïté, et présente même des aspects paradoxaux.

A titre d'exemple, ce texte reconnaît l'impérative nécessité d'une solide formation psychopathologique pour accéder à la qualification de psychothérapeute. Il semble donc que ce nouveau métier ne pourrait constituer qu'une sur-spécialisation des seuls psychiatres et des psychologues. Pourtant, le même texte conteste que la formation psychopathologique actuellement dispensée à l'université soit valable puisqu'il propose d'y substituer un nouvel enseignement, et dans de nouvelles UER, les UER actuelles de médecine et de psychologie paraissant donc impropres à assurer davantage cette fonction.

On aimerait en savoir davantage, et quelles nouvelles lumières sur la psychopathologie ces nouvelles UER prétendent jeter; dans quelles disciplines aussi se recruteront les enseignants. Il va en effet de soi que, si les enseignants sont les actuels formateurs en psychiatrie et psychopathologie clinique, il enseigneront probablement la même chose et il n'y a donc nul besoin de créer de nouvelles UER; mais si cela n'est pas le cas, est-ce que ce sera bien la psychopathologie qui sera enseignée par ces enseignants venus d'on ne sait où ?

De même, l’exposé des motifs de la proposition de loi reconnaît la nécessité de mettre en place un cadre déontologique; toutefois, s’il rappelle bien cet impératif dans le texte de la proposition, nulle précision n’est apportée sur l’instance qui sera chargée de faire respecter ces règles déontologiques. Tout au plus est-il question de rattacher la profession à un office des professions de santé non médicales dont il n’est pas précisé s’il doit être créé ou non, ni quelles en sont les missions.

Ce dernier point demande d’ailleurs a être fortement souligné car, comme nous l’indiquions plus haut, il consacre dans la loi l’éviction de la psychothérapie du champ médical.

III. Conclusions

Personne ne s’étonnera donc que la profession se soit unanimement prononcée contre ce projet de loi. J’espère avoir pu convaincre dans cet exposé qu’il ne s’agit en rien d’une position défensive, voire corporatiste, mais que notre opposition se fonde avant tout sur une inquiétude sur le devenir de la psychiatrie, et donc des patients, si une telle loi était adoptée.

Reprenant le mot de l’un de nos contributeurs, je dirai que le seul texte de loi utile, s’il fallait en faire un, serait sans doute celui-ci : "Le métier de psychothérapeute n’existe pas. Nul n’est autorisé à se réclamer d’un tel exercice professionnel[18]".

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

1 Propositions n°1844 du 7/12/1999 et 2342 du 16/6/2000 (Bernard ACCOYER); proposition n° 2288 du 28/4/2000 (Jean-Michel MARCHAND). La proposition MARCHAND est la plus contestée.
2 Marc MAXIMIN – BIPP n° 26, p. 4
3 FREUD S : De la technique psychanalytique. 1904
4 Linda SARFATI – BIPP n° 26 p. 6
5 Yves FROGER – BIPP n° 26 p. 5
6 Marc MAXIMIN - BIPP n° 26 p. 4
7 Circulaire SOURNIA
8 Daniel VITTET – BIPP n° 26 p. 8
9 Yves FROGER – BIPP n°26 p. 5
10 François COUTON – BIPP n° 27 p. 4
11 Proposition de loi n°2288 de Jean-Michel MARCHAND
12 Linda SARFATI – BIPP n°26 p. 7
13 Olivier SCHMITT – BIPP n° 26 p. 5
14 Linda SARFATI – BIPP n° 26 . p.7
15 Voir PSYCHIATRIES n° 72 : " Psychanalyse et feuilles de soins." - 1986
16 Robert PALEM – BIPP n° 28 p. 14
17 Proposition de loi n°2288 de Jean-Michel MARCHAND
18 Yves FROGER – BIPP n° 26 p. 5

Evaluation, accréditation, FMC, démarche qualité...

Olivier Schmitt

Voici des termes qui nous font tourner la tête et nous ne savons plus à quels saints nous vouer.

Il faut bien dire qu'ils sont utilisés de manière souvent abusive et, ayant acquis une valeur fétiche, ils sont souvent brandis comme des étendards.

Je vais tenter d'y voir un peu plus clair, là où nous sommes entretenus dans la confusion.

L'évaluation est la comparaison entre un fait et une norme (dans l'industrie, on dirait un standard). Elle suppose le choix d'une norme, et nous savons combien cela peut être illusoire dans certains domaines complexes. En outre, une fois la norme trouvée, il reste à déterminer l'instrument et l'unité qui permettront la

mesure des écarts entre cette norme et les faits.

L'accréditation est l'attribution d'un label. C'est certes rassurant, mais peut être aussi piégeant, illusoire et réducteur puisque cette accréditation dépendra d'une évaluation dont on a évoqué plus haut les aléas. La seule issue est de s'en tenir à l'obligation de moyens qui est la seule chose que nous puissions garantir. Parmi ces moyens, il y a différents registres qui sont :

1°/ Les conditions matérielles,

2°/ les intervenants,

3°/ la FMC et

4°/la "Démarche Qualité".

On peut sans doute se mettre d'accord sur certains critères - une acoustique du cabinet respectant la confidentialité ou l'adhésion à la Démarche Qualité par exemple - mais pas sur d'autres critères, source d'incompatibilités, de contradictions, d'incohérences - la structure du dossier, l'inscription d'un diagnostic d'emblée ou la durée des psychothérapies par exemple.

La formation c'est l'acquisition d'un savoir ou d'un savoir faire et sa continuité devient vitale. Nous savons tous son importance mais pas sous n'importe quelle forme. Toutes les études sur ce sujet montrent que l'impact des conférences d'expert s'avère extrêmement limité. Dans notre domaine en particulier (la psychiatrie) nous privilégions la lecture personnelle et l'interformation que l'AFPEP a toujours promue.

La "Démarche Qualité" est ce qui doit permettre d'optimiser et d'améliorer l'équilibre du triptyque pertinence-coût-délais dans la réponse à la demande du "client". C'est une démarche qui a acquis ses lettres de noblesse dans l'industrie et dont les responsables de tout poil veulent s'inspirer pour améliorer la productivité de leur domaine. Hélas, ils n'en retiennent pas tous l'esprit, loin de là, et ils y voient même souvent un nouvel outil pour augmenter leur maîtrise plutôt que de faire progresser la finalité du système dont ils ont la charge.

L'origine de cette démarche remonte à la seconde guerre mondiale. Les pilotes n'atteignaient pas tous leurs cibles et l'idée géniale fut de considérer ceux qui rataient non pas comme des "mauvais", mais comme des experts par rapport aux difficultés de mise en oeuvre; il s'est avéré qu'ils étaient les mieux placés pour faire l'analyse fine des contraintes de terrain et d'en faire profiter tout le monde, d'autant que les éliminer ne servait à rien puisque cela ne changeait que très peu le taux d'échec global. Voilà d'où vient l'expression "bienvenue aux problèmes" qui a si bien réussi aux entreprises qui ont adopté ce type de démarche.

Plutôt que de gratifier ceux qui entrent dans un moule d'injonctions, quelle qu'en soit la valeur, mettons en oeuvre une véritable démarche qualité. Si elle était pour nous une obligation comme tout autre moyen nécessaire à l'exercice de notre métier, qui pourrait alors se plaindre qu'une accréditation puisse en dépendre ?

Je suis conscient que cette contribution mériterait de longs développements que je ne puis aborder ici. Mon but était plutôt d'ouvrir le débat.

Olivier SCHMITT

Résumé des positions syndicales du SNPP

(Les références correspondent aux textes explicatifs ou déclaratifs parus dans le BIPP)

- CPS et télétransmission des feuilles de soins [n°21 (mars 1999) ; n°22 (juin 1999) ; n°25 (mars 2000); n°26 (juin 2000) (CASP) ; n°27 (novembre 2000)].

  - Pb de confidentialité non résolu.

  - Transfert de la responsabilité du remboursement du patient vers le médecin.

  - Problème spécialité/compétence toujours non résolu.

  - Surcroît de travail, d'équipement et de maintenance non pris en compte.

- Opposition à la mise en œuvre du PMSI [n°27 (novembre 2000)].

- Libre accès au spécialiste, libre choix des patients [n°26 (juin 2000) (CASP)].

- L'ARTT est une obligation légale, il faut se battre pour obtenir une revalorisation sans perte du temps de travail dans les institutions [n°28 (janvier 2001)].

- Cris d'alarme par rapport à la baisse de la démographie médicale [n°22 (juin 1999)].

- Le CNPsy devrait être revalorisé au minimum à 250 F [n°25 (mars 2000)].

- Critique du décret de décembre 99 sur l'évaluation des pratiques [n°25 (mars 2000); n°27 (novembre 2000) ; n°29 (mars 2001)].

- Opposition à la création d'un statut particulier de psychothérapeute [n°29 (mars 2001)].

Et bien sûr toujours :

- - Opposition au codage des actes et des pathologies.

- - Respect de la confidentialité.

- - Opposition au CMR [n°21 (mars 1999)].

Glossaire :

BIPP : Bulletin d'Information des Psychiatres Privés (du SNPP)

CPS : Carte informatisée des professionnels de santé.

CASP : Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie.

CMR : Comités médicaux régionaux ("Tribunaux d'exception").

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information.

ARTT : Aménagement et Réduction du temps de travail (35 heures).

Exercice salarié

Marc Maximin

A - Le SP/CGC, le SPF, le SNPP ont rencontré la Fédération des Syndicats Employeurs le 31 janvier dans le cadre d'une réunion de négociation nationale paritaire.

Il a été discuté des différents points qui font problèmes dans le secteur médico-social.

1/ Le comparatif des rémunérations et du profil de carrière entre la CCN66 et la fonction publique montre :

- Une progression de salaire à peu près la même en début de carrière, mais avec un décrochage net en faveur de la fonction publique à partir de la 15ème année et sur la fin de carrière.

- Des primes de travail en réseau et d'exclusivité, des congés de formation de 15 jours pour les temps pleins et de 6 jours pour les temps partiels, pour les praticiens hospitaliers mais qui n'existent pas pour l'exercice salarié.

2/ La Fédération des Syndicats Employeurs a fait un recours contentieux auprès d'un avocat spécialisé en Conseil d'État pour l'avenant n° 10 mais il faut savoir que cette démarche prend un certain temps. Pour l'instant sur le terrain cela implique des dysfonctionnements et des conflits quand il est question de l'application de l'ARTT aux psychiatres de la CCN66.

3/ L'avenant 265 qui concerne tous les cadres de la CCN66 excepté les médecins spécialistes.

Ces disparités viennent se rajouter à la démédicalisation importante dans ce secteur et à ce sujet la Fédération des Syndicats Employeurs nous rappelle qu'ils ne souhaitent absolument pas cette démédicalisation (en 2010 il est prévu 36 % de psychiatres en moins).

La Fédération trouve tout à fait pertinent les différents points que nous avons développés, et afin de rendre attractif ce secteur pour les psychiatres et corriger le déséquilibre existant, nous proposons ensemble :

- Une proposition de revalorisation de fin de carrière, de prime de réseau et d'exclusivité que nous allons établir ensemble sous forme conventionnelle.

- Pour l'avenant n° 10 des recommandations positives de la Fédération des Syndicats Employeurs à leurs membres afin d'anticiper et d'éviter des conflits inutiles avec les médecins, en attente de l'agrément de cet avenant.

- L'extension de l'avenant 265 aux cadres que sont les médecins spécialistes qui sont les seuls salariés du secteur à ne pas avoir à ce jour bénéficié des Accords Durafour. Ségrégation qui doit être corrigée le plus rapidement possible.

- Une démarche commune auprès du cabinet du ministre afin d'obtenir une marge de manoeuvre financière, un taux d'évolution de la masse salariale pour l'année à venir qui permette la mise en place de ces propositions.

- Le SNAPEI va essayer de se rapprocher des usagers pour que l'on ait un soutien et peut être une pression de leur part vis-à-vis des tutelles face à ce risque de démédicalisation et l'importance du soin dans ce secteur.

A la fin de cette réunion, la Fédération nous fait part de la demande des directeurs d'une convention avec les médecins généralistes.Tout en rappelant que cela concerne les instances représentatives des généralistes, nous attirons l'attention de la Fédération sur les spécificités différentes de nos travaux, pour éviter des confusions voire des réponses inadaptées à la démédicalisation galopante des psychiatres dans le médico-social.

Une prochaine réunion est prévue le 28 mars 2001.

B - Projet de réforme de la Loi 75

Le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale concernant la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est en instance de passer au Sénat à l'heure où je vous écris.

Notre inquiétude, au vu d'une première lecture, concerne une évolution sur le plan social aux dépens d'un droit aux soins et d'une prise en charge globale (dans lequel le soin est inclus).

Pour plus d'informations vous pouvez trouver toutes les données concernant ce projet sur le net :

http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/reformeloi75

Nous développerons de façon beaucoup plus détaillée et complète par la suite ce projet de réforme qui touche un secteur très important.

Marc MAXIMIN